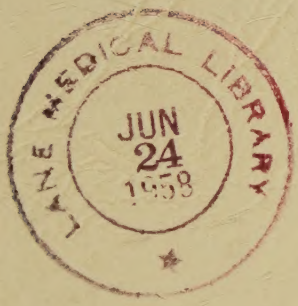
heden
1956

ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN DE DIAGNOSE NEUROPATHIE

DEEL II: PSYCHIATRISCHE ASPECTEN



J. J. FRETS-VAN BUUREN

ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN DE DIAGNOSE NEUROPATHIE

DEEL II: PSYCHIATRISCHE ASPECTEN

Het onderzoek werd in nauwe samenwerking verricht door:

N. HAVERKAMP BEGEMANN, chef de clinique van de Kinderkliniek der Rijksuniversiteit te Leiden
Hoofd: Prof. Dr G. M. H. VEENEKLAAS
en
J. J. FRETS-VAN BUUREN, destijds assistente aan de Psychiatrische Kliniek der Rijksuniversiteit te Leiden
Hoofd: Prof. Dr E. A. D. E. CARP

in de Kinderkliniek der Rijksuniversiteit te Leiden.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T. N. O.

De statistische bewerking had plaats onder leiding van de Heer H. DE JONGE van de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden. Hoofd: CH. A. G. NASS

ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN DE DIAGNOSE NEUROPATHIE

DEEL II: PSYCHIATRISCHE ASPECTEN

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS DR P. A. H. DE BOER, HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER GODGELEERDHEID, TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP WOENSDAG 3 JULI 1957 TE 15 UUR

DOOR

JOHANNA JULIE FRETS-VAN BUUREN

GEBOREN TE SOERABAYA IN 1924

EDUARD IJDO N.V. — LEIDEN

Promotor: Professor Dr E. A. D. E. Carp

AAN DE NAGEDACHTENIS
VAN MIJN MOEDER

SAMENVATTING

van Deel I en II

In het eerste hoofdstuk van Deel I wordt een analyse gegeven van het begrip diathese, zoals het uit de litteratuur van de vorige eeuw tot ons gekomen is. Het aantal diathesen dat men onderscheidt blijkt kleiner te worden naarmate men een beter inzicht krijgt in de aetiologie van de ziekten. Wanneer men diathese definiëert als de neiging om op een bepaalde wijze op prikkels te reageren, mag men de neuropathie in engere zin hier zeker onder rekenen. De vraag of deze diathese aangeboren of verkregen is, hebben wij niet getracht te beantwoorden.

Het door ons verrichte pediatrische en psychiatrische onderzoek naar betekenis van de diagnose neuroptahie en de prognose daarvan, omvatte:

a. Een oriënterend onderzoek naar de frequentie van het beeld der neuropathie onder een normale zuigelingenbevolking.
b. Een na-onderzoek van 50 personen waarbij vroeger de diagnose neuropathie was gesteld. De leeftijd van deze neuropathen lag bij het na-onderzoek tussen 5 en 31 jaar. Er waren 14 kleuters en lagere schoolkinderen en 36 pubers, adolescenten en volwassenen. Zij werden vergeleken met 50 paarsgewijs uitgezochte controlepersonen.
c. Een aanvullend onderzoek bij 54 allergische kinderen. Hierbij werd nagegaan hoeveel neuropathen er onder hen voorkwamen.

De uitkomsten van het onderzoek luidden als volgt:

1. Op de zuigelingenleeftijd kan men bij een aantal kinderen een beeld onderkennen dat overeenkomt met dat, wat be-

schreven is als neuropathie op deze leeftijd. Weliswaar komen alle symptomen afzonderlijk ook bij andere kinderen voor, maar de intensiteit van de verschijnselen en het gezamenlijk voorkomen bij één individu, onderscheiden deze kinderen van andere. Op 100 consultatiebureauzuigelingen vonden wij 8 meer of minder uitgesproken neuropathen.

2. Bij ons na-onderzoek van 50 neuropathen en 50 controlepersonen bleek dat ook die neuropathen, die oorspronkelijk alleen als zuigeling onder behandeling waren geweest, in de kleutertijd meer verschijnselen van neuropathie toonden dan de controles. Het verschil tussen neuropathen en controles was echter wat dergelijke verschijnselen betreft in de kleutertijd duidelijk geringer dan in het eerste levensjaar. Een aantal neuropathen onderscheidde zich reeds als kleuter niet meer van de controles.
3. Een aantal hinderlijke verschijnselen, waarvoor vaak medische hulp wordt gezocht kwam bij neuropathen meer voor dan bij de controles. Hiertoe behoren in de eerste plaats verschijnselen van de kant van de tractus digestivus, zoals anorexie, braken en buikpijn; verder tics, pavor nocturnus en aanvallen van laryngospasmus. In tegenstelling tot wat men op grond van de litteratuur zou verwachten, kwamen enuresis nocturna en febriele convulsies niet frequenter voor dan bij de controles.
4. In de kleuter- en in de schooltijd werden bij de neuropathen méér aanpassingsstoornissen gevonden dan bij de anderen, maar dit verschil tussen beide groepen was reeds in de schooltijd geringer dan daarvóór en nam later nog meer af.
5. Bij een groot aantal gevallen bleek de neuropathie later over te gaan in het beeld van de nervositas. De suggestie komt naar voren dat deze beide beelden identiek zouden zijn. Een nader onderzoek hiernaar is gewenst.
6. In de litteratuur vindt men de mening dat neuropathie gepaard zou gaan met bijzondere begaafdheid. Ons onder-

zoek kon dit niet bevestigen. De intelligentiequotiënten der neuropathen lagen in het algemeen niet hoger dan die van de controlepersonen. Hun prestaties kwamen niet uit boven die van hun familieleden.

7. Bij de volwassen neuropathen werden fixaties aan de orale en oraal-sadistische phase van het driftleven zeer frequent aangetroffen.
8. Kenmerkende somatische verschijnselen werden niet gevonden. Er was geen verschil in het voorkomen van degeneratieve kenmerken en congenitale afwijkingen of van vegetatieve stoornissen. Bij de oudere neuropathen kwamen meer lichte klachten, vooral van de kant van de tractus digestivus voor. Enige oudere neuropathen waren somatisch in minder goede conditie door een combinatie van constitutionele en andere factoren.
9. In de families der neuropathen kwamen wat meer psychiatrische stoornissen voor dan in die van de controles. Of dit verschil reëel is, kon niet worden uitgemaakt. Verband met arthritische diathese, allergische diathese of andere psychosomatische aandoeningen kon niet worden aangetoond.
10. In de litteratuur wordt algemeen een verband tussen neuropathie en allergie aangenomen. Bij ons na-onderzoek werd dit niet gevonden. Een aanvullend onderzoek bij 50 allergische kinderen bracht bij hen in de zuigelingentijd niet meer neuropathie aan het licht dan bij een normale bevolking te verwachten zou zijn. Wel ontwikkelde zich bij een aantal kinderen, die als zuigeling niet neuropaath waren geweest, in de kleutertijd een neuropaath syndroom. Er is reden om aan te nemen dat allergie op verschillende wijzen aanpassingsstoornissen kan veroorzaken. In bepaalde gevallen is een onderzoek naar allergie gewenst.

INHOUD

PSYCHIATRISCHE ASPECTEN

Pag.

Hoofdstuk I

OPZET VAN HET ONDERZOEK 1

Hoofdstuk II

ONDERZOEK 7

Hoofdstuk III

UITKOMSTEN VAN HET ONDERZOEK 26

Beschouwing en Bewerking dezer Uitkomsten:

Hoofdstuk IV

ORALE FIXATIES BIJ NEUROPATHEN 62

Hoofdstuk V

INTELLIGENTIE BIJ NEUROPATHEN 76

Hoofdstuk VI

HET ENURESISPROBLEEM BIJ DE NEUROPAATH . . . 88

Hoofdstuk VII

HET BEGRIP NEUROPATHIE 92

Hoofdstuk VIII

DE PROGNOSE VAN DE NEUROPAATH 104

ALGEMENE BESCHOUWING 120

SUMMARY 123

RÉSUMÉ 126

ZUSAMMENFASSUNG 130

INHOUD DEEL I

(Verschijnt als afzonderlijk proefschrift)

PEDIATRISCHE ASPECTEN

door N. Haverkamp Begemann, chef de clinique van de Kinderkliniek der Rijksuniversiteit te Leiden,
Hoofd: Prof. Dr G. M. H. Veeneklaas

Hoofdstuk I

DIATHESEN.

Hoofdstuk II

ONDERZOEK.

Hoofdstuk III

UITKOMSTEN VAN HET ONDERZOEK.

Hoofdstuk IV

NADERE BEHANDELING VAN DE SOMATISCHE VERSCHIJNSELEN BIJ NEUROPATHEN.

Hoofdstuk V

VERBAND TUSSEN DE NEUROPATHISCHE EN DE ALLERGISCHE DIATHESE.

Hoofdstuk VI

NABESCHOUWING.

SUMMARY.

RÉSUMÉ.

ZUSAMMENFASSUNG.

HOOFDSTUK I

OPZET VAN HET ONDERZOEK

De neuropathie heeft ons geïnteresseerd, omdat bij deze aandoening onze hulp vaak wordt gevraagd, terwijl wij niet weten wat dit ziektebeeld inhoudt en voor de toekomst van de patient betekent.

Noch van pediatrische, noch van psychiatrische zijde is het begrip ooit voldoende omlijnd. Daarom werd besloten een gezamenlijk onderzoek in te stellen.

Wij hebben ons daarbij de volgende vragen gesteld:

I. Wat verstaan wij onder een neuropaath?

II. Wat groeit er, eerst als kind, later als mens uit de neuropathe zuigeling, m.a.w. wat is de prognose?

Ad I. Bij de 1e vraagstelling deed zich de moeilijkheid voor, dat de keuze van ons patientenmateriaal direct samenhing met de beantwoording van deze vraag. Immers juist de vaagheid van het begrip neuropathie was de aanleiding tot dit onderzoek en inclusief deze vaagheid moesten wij onze patienten kiezen.

Wij hebben ons daarop afgevraagd of, nu het *begrip* nog onduidelijk was, er niet een mogelijkheid bestond het *syndroom* neuropathie enigermate af te grenzen. Inderdaad bleek het uitvoerbaar op grond van gegevens uit de litteratuur een symptomatologie van de neuropathe zuigeling op te stellen, waarin de essentie van alle publicaties is vervat.

Deze symptomen zijn in de hier volgende tabel gerangschikt. Achter ieder symptoom is een cijfer vermeld, dat de waarde weergeeft, die wij aan het betrokken symptoom toekenden. Voor een nadere verklaring zie blz. 5.

Het neuropathe syndroom voor de zuigelingenleeftijd

I. *Uiterlijk:*

a. grote, wijd open ogen	2
b. magerheid	1½
c. bleekheid (vasomotorische labiliteit)	1½
	5

II. *Gedragsstoornissen:*

a. veel en heftig huilen	4
b. weinig slapen, geringe slaapdiepte	2
c. bewegelijkheid, motorische onrust	3
d. schrikachtigheid	1
	10

III. *Gastro-intestinale verschijnselen:*

a. slecht drinken, (met lelijke luiers, frequent, dun, groen) of juist zeer gulzig drinken met lelijke luiers	3
b. spugen (event. habit. braken, rumineren)	4
c. reactie op verandering van voeding	3
	10

IV. *Dermografie.*

V. *Hypertonie.*

Deze indeling bedoelt de grootste gemene deler te zijn van datgene wat wij bij Corn. de Lange, Czerny, Feer, Benjamin, Gorter e. a. over dit onderwerp lazen.

Ter illustratie geven wij het volgende uittreksel uit de litteratuur:

Cornelia de Lange (1924) zet in een artikel gewijd aan psychische factoren bij de zuigelingenvoeding o. m. het volgende uiteen: „Neuropathische zuigelingen zijn die kinderen, bij welke zich reeds in de eerste levensweken *een grote onrust* (II c.) openbaart, die *voortdurend huilen* (II a.), welk huilen zo heftig en dringend kan zijn, dat de Fransen spreken van een „véritable délire". Het zijn de zuigelingen met krampen

en secretieafwijkingen van maag- en darmkanaal, die in de eerste levensweken telkens *kleine beetjes dyspeptische ontlasting* (III. a.) deponeren en gewoonlijk in de 3e of 4e levensmaand verstopping krijgen.

Deze kinderen zijn zeer *schrikachtig* (II. d.), hun *slaapdiepte is gering* (II b.) en ze zijn zo *hypertonisch* (V), dat zij, enkele weken oud, gaan staan als men hun rug ausculeert.

Het zijn verder de kinderen met *pylorospasmus,* de *herkauwers* en de *habituele spugers* (III b.)".

Czerny (1928), die de neuropaath beschrijft als: „Das sensibele Kind" tekent ons de volgende zuigeling: „Das sensibele Kind reagiert bereits auf Reizgröszen, welche beim normalen Kinde unterhalb der Reizschwelle liegen ..... Sie *schreien und weinen* (II a.), obgleich sie nachweislich genügende Quantitäten von Nahrung aufgenommen haben, und obgleich alle Bedingungen ausgeschaltet sind, welche einen normalen Säugling in seiner Ruhe stören. Eine genaue Untersuchung ergibt, dasz bei solchen Kindern *der Schlaf leicht zu unterbrechen ist, also keine normale Tiefe erreicht* (II b.). Infolge der häufigen *Unruhe* (II c.) ist auch die Schlafdauer eingeschränkt.

..... Manchmal gesellt sich dazu eine *Schreckhaftigkeit* (II d.) auf jeden, kleinsten, unerwartet einsetzenden Reiz hin.

..... Die Angst (van de ouders) wird noch vermehrt durch den Umstand, dasz die *Körpergewichtszunahme der unruhigen sensiblen Säugling gewöhnlich hinter der Norm zurückbleibt.* (I b. en II c.).

..... Bei den durch Unruhe charakterisierten Kindern besteht oft gleichzeitig eine Ueberregbarkeit des Darmnervensystems, welches sich durch *Erbrechen* (III b.) und durch *Auftreten zahlreicher abnorm aussehender Stühle verrät* (III a.)."

Daarnaast zegt Benjamin (1938), dat dit motorisch onrustige, ononderbroken huilende, onrustig slapende, schrikachtige kinderen zijn (resp. II c., II a., II b., II d.). Ze zijn moeilijk tot drinken te krijgen, weigeren eerst de aangeboden

borst of fles en braken gauw (III a., III b.). Iedere voedselverandering ondervindt grote weerstand, voornamelijk bij de overgang op vast voedsel (III c.). Langzamerhand komt het tot ruminatio (III b.).

Feer (1921) legt het accent op de motorische onrust (II c.), waarbij de kinderen voeten en vingers in voortdurende schuifbewegingen tegen elkaar stukwrijven, op de schrikachtigheid (II d.), de geringe slaapdiepte (II b.), het heftig huilen (II a.) en op het vaak voorkomen van voedingsstoornissen óók bij de borstvoeding (III a.). Hypertonie tot opisthotonus toe en vasomotorische bleekheid (I c.) zijn verder nog symptomen waar hij op wijst.

Tenslotte citeren wij nog Gorter (1948): „Over het algemeen is de neuropathe zuigeling *lastig* en *onrustig* (II c.). Hij heeft *huilbuien* (II a.), ook zonder dat hij daarvoor reden heeft. Heeft het kind een lichte voedingsstoornis, dan zijn deze *huilbuien* bijna verontrustend door heftigheid (II a.). ..... Bovendien *schrikt* het van elk hard geluid. (II d.) .....

Het *habituele braken* (III b.), waaronder men verstaat een vaak familiair voorkomende neiging tot braken, die vanaf de geboorte bestaat en waarvoor generlei oorzaak is te vinden (geen pylorospasmus), moet ook bij de neuropathie worden gerekend ..... Soms neemt dit braken bij neuropathe zuigelingen, die dan meestal wat ouder zijn, de vorm aan, die als *ruminatio* (III b.), herkauwen beschreven is. Dit ziektebeeld ontwikkelt zich geleidelijk. In andere gevallen ..... wordt de voeding van het neuropathe kind gestoord, doordat het *slecht drinkt* (III a.).

Een ander hinderlijk verschijnsel, dat al bij de zuigelingen, maar meer bij wat oudere kinderen voorkomt, is het *slechte* slapen (II b.).

Keren wij tot de zuigeling terug, dan rest ons nog te vermelden, dat deze kinderen, tengevolge nù eens van het *spugen*, dàn weer van het *slechte drinken*, soms ook door hun *grote bewegelijkheid* onvoldoende in gewicht aankomen en *mager blijven* (I. b.) Tracht men hierin verbetering te brengen

door *bijvoeding*, dan stuit men daarbij dikwijls op moeilijkheden, die in dezelfde vorm voorkomen bij het begin van het *spenen* der kinderen, en die bestaan in hardnekkig weigeren om het nieuwe voedsel te nemen (III c.).

..... Bijna nooit ontbreekt *dermografie* (IV)."

Zo zouden wij nog meer meningen kunnen weergeven of auteurs kunnen citeren. Het neuropathisch syndroom voor zuigelingen kwam voor ons hiermede althans theoretisch vast te staan. Er restte ons nog de toetsing aan de praktijk, d.w.z. wij moesten nog ervaren of dit conglomeraat van Duitse, Zwitserse en Nederlandse litteratuur zou kleuren bij het neuropathe beeld, dat wij hier in Leiden, Den Haag en omstreken te zien kregen.

Dit syndroom bleek evenwel zeer bruikbaar. Er waren zuigelingen, die de hele scala opbrachten; er waren er ook die meer gedrags- (III) of juist meer voedingsstoornissen (II) toonden. Ook bij katamnestisch onderzoek kwamen wij alle verdelingen en combinaties tegen, al moesten wij daar natuurlijk de hypertonie (V) en dermografie (IV) laten vervallen.

Ad II. Ter beantwoording van de 2e vraagstelling hebben wij een na-onderzoek ingesteld van 50 volgens dit syndroom uitgesproken neuropathe zuigelingen en deze vergeleken met 50 paars-gewijs uitgekozen controle-personen. De leeftijden variëerden van 5—9 jaar en van 13—30 jaar. De tussenliggende leeftijdsgroep, die in de ergste oorlogsjaren geboren waren, hebben wij niet opgeroepen.

Hoewel wij bij dit na-onderzoek dus zijn uitgegaan van indertijd uitgesproken neuropathe zuigelingen, voelden wij toch de behoefte enige indrukken te krijgen over de graduering dezer neuropathieën, temeer omdat ook de controlepersonen soms neuropathe verschijnselen hadden.

Voor dit doel hebben wij aan ieder symptoom een waardecijfer toegekend. Dit cijfer was hoger naarmate het symptoom belangrijker was. Het belang van het symptoom werd bepaald door:

1e. wat wij er zelf, klinisch beschouwd, van vonden;
2e. welke waarde er in de litteratuur aan werd gehecht;
3e. welke waarde het had, wanneer het symptoom ons door de moeder werd verteld.

Wij kwamen tot de slotsom, dat aan het uiterlijk niet evenveel waarde kon worden gehecht als aan de gedrags- en voedingsstoornissen. Groep I (uiterlijk) kreeg een totaal van 5, de symptomengroepen II (gedragsstoornissen) en III (voedingsstoornissen) ieder 10 punten toegemeten. Een maximaal neuropathe zuigeling behaalde op deze wijze dus 25 punten. Daarnaast bleek ons, dat wanneer men op grond van katamnestische gegevens de indertijd gestelde diagnose neuropathie voor een zuigeling wil bevestigen, de betreffende patient toch tenminste 10 punten moest opbrengen.

Het is niet onze bedoeling geweest om door deze getallen een pseudo-exacte bewerking van het materiaal door te voeren; daarvoor is de gevolgde methode te subjectief. Zij zijn slechts gebruikt om patienten en controle-personen te vergelijken.

De *eerste vraagstelling,* die bij de opzet van dit onderzoek naar voren kwam is hiermee beantwoord. Wij verstaan onder een neuropaath een zuigeling, die volgens onze bovengenoemde waardering tenminste 10 punten heeft.

Hiermede hebben wij het syndroom omschreven, zonder op het begrip ingegaan te zijn. In dit onderzoek wordt aan het begrip niet toegekomen; wèl zal in hoofdstuk VII een poging tot benadering hiervan worden gedaan.

De overige hoofdstukken van dit proefschrift dienen ter beantwoording van *de tweede vraagstelling.* In het hoofdstuk over de prognose van de neuropaath wordt dieper op de details ingegaan.

HOOFDSTUK II

ONDERZOEK

Vraagstelling

Deze zou men als volgt kunnen samenvatten: „wat is de betekenis van de diagnose neuropathie bij een jong kind" of, meer medisch practisch geformuleerd: „wat is de prognose van de neuropathie?"

„De prognose" is echter een te algemeen begrip en wij zullen daarom in details moeten treden om te zien welke aspecten ons het meest interesseren. De vraagstelling kan men dus uiteen laten vallen in de volgende 6 punten:

1e. Is de diagnose klinisch bruikbaar? Dit zal slechts bevestigend beantwoord kunnen worden als

   a. men bij de zuigeling het beeld goed kan herkennen, omdat de vermelde symptomen bij patienten in veel grotere frequentie voorkomen dan bij andere zuigelingen.

   b. een kind dat als zuigeling neuropaath is, ook als kleuter belangrijk méér kans heeft om de symptomatologie van de kleuter-neuropathie te tonen dan een ander en ook in de schooltijd méér typische verschijnselen heeft. Wij hebben in het vorige hoofdstuk enige meningen, die men in de pediatrische litteratuur vindt, weergegeven.

2e. In welke frequentie komen een serie hinderlijke verschijnselen te weten: tics, enuresis, laryngospasmus, bewustzijnsstoornissen, pavor nocturnus voor? Hiervan geven de meeste schrijvers aan dat zij bij neuropathen frequenter zouden zijn.

3e. Hoe is het verloop van de psychische verschijnselen? Bestaat er verband met het nervositas syndroom? In de litteratuur worden herhaaldelijk de termen neuropathie en nervositas als gelijkwaardig gebruikt.

4e. Hoe staat het met de intelligentie der neuropathen? Door sommige schrijvers wordt bijzondere begaafdheid verondersteld.

5e. Zijn er speciale somatische verschijnselen te vinden? Bestaat er een grotere vatbaarheid voor infectieziekten en lijdt de algemene toestand door de neuropathische reacties? Komen er meer vegetatieve reacties en degeneratieve kenmerken bij hen voor? Is er verband met allergische- en andere psychosomatische ziekten?

6e. Bestaat er een familiaire belasting met name voor diathetische ziekten, psychiatrische en psychosomatische ziektebeelden?

Vanzelfsprekend blijven er vele vragen over waarnaar men eveneens, en met recht, een onderzoek zou kunnen doen. Eén van de vragen, die de kinderarts zich vaak stelt, is, of de neuropathie aangeboren of verkregen is. Wij hebben dit in het voorgaande al aangeduid door, in plaats van neuropathie, te spreken van een neuropathisch syndroom. Wij willen hier echter bij voorbaat vermelden dat de kwestie aangeboren of verkregen *niet* tot de vraagstelling van dit onderzoek heeft behoord.

Methode

Een uitstekende methode voor een onderzoek met een dergelijke vraagstelling zou die zijn, waarbij men de patienten als zuigeling onderzoekt en zich een indruk vormt van de mate van neuropathie, om hen daarna gedurende tientallen jaren met bepaalde tussenpozen terug te zien. Een dergelijk longitudinaal onderzoek was niet mogelijk. Weliswaar hebben wij een begin gemaakt met een aantal follow-up

studies, maar de observatieduur is hiervan nog te kort en het aantal te klein. Deze zijn dan ook verder niet bij het onderzoek ingeschakeld.

De methode, die ons wel ten dienste stond, was een na-onderzoek. Hiervoor werden patienten, waarvan wij voldoende reden hadden om aan te nemen dat zij in de eerste levensjaren neuropathen waren geweest, éénmaal opgeroepen en zo uitvoerig mogelijk onderzocht. Dit had het voordeel dat de belasting die het onderzoek voor de patient betekent, zo gering mogelijk is. Een langdurig en herhaald onderzoek kan gemakkelijk leiden tot het uitvallen van patienten en daardoor tot een bepaalde selectie. Wij menen, dat deze selectie factor bij dit onderzoek zo gering mogelijk is geweest.

Materiaal

Wij zochten voor het onderzoek patienten uit, waarbij in de eerste levensjaren bij klinisch of poliklinisch onderzoek de diagnose neuropathie was gesteld. Wanneer men weet dat de diagnose neuropathie door de kinderarts vaak als verlegenheidsdiagnose wordt gebruikt bij het ontbreken van een somatische verklaring voor de klachten, zal men begrijpen dat wij vele lijsten ter zijde moesten leggen. Wij kozen slechts die patienten uit waarbij uit de destijds gemaakte status bleek, dat er verschijnselen van neuropathie aanwezig waren geweest. Soms waren deze symptomen alleen anamnestisch gebleken, soms waren zij bij het onderzoek gevonden en genoteerd.

Van de in hoofdstuk 3, blz. 31 e.v. genoemde verschijnselen van neuropathie bij de zuigeling of bij de kleuter moesten er tenminste 3 of 4 anamnestisch of bij het onderzoek gevonden en genoteerd zijn. Een geringe subjectieve factor hebben wij hierbij niet kunnen vermijden. Wij hechtten veel waarde aan verschijnselen waarvan genoteerd stond dat zij van af de geboorte hadden bestaan, vooral onrust, veel huilen en schrikachtigheid. Ook notities van de hand van een ervaren kinderarts, zoals „aandachtig, schrikachtig kind" of

„schreeuwerige neuropaath" hebben wij zwaar laten wegen. Sommige kinderen waren slechts enkele malen op de polikliniek gezien, andere werden gedurende jaren herhaaldelijk poliklinisch behandeld of waren klinisch geobserveerd wegens verschijnselen die met de neuropathie in verband stonden, zoals spugen, anorexie, aanvallen van bewusteloosheid door laryngospasmus. Wij kregen door de vriendelijke medewerking van Dr Dicke en Dr Gunst uit Den Haag ook een aantal patienten, die destijds in het Julianakinderziekenhuis en in het St. Joannes de Deo-ziekenhuis behandeld waren wegens neuropathie.

Een lijst van de oorspronkelijke klachten vindt men in onderstaande tabel. Naast deze hoofdklacht waren er steeds ook andere klachten van neuropathie, zoals in het voorgaande genoemd, aanwezig.

Omdat het beeld bij de zuigeling het scherpst gedefiniëerd is, wilden wij van jonge kinderen uitgaan. Het spugen is één van de verschijnselen die de neuropathe zuigeling het vaakst naar de medicus voeren en daarom was spugen vaak de hoofdklacht. Een aantal uitgesproken ruminanten hebben wij alleen op grond van het rumineren in het onderzoek opgenomen. Bij navragen bleken bij hen echter in de zuigelingenperiode ook steeds andere verschijnselen van neuropathie te hebben bestaan.

Hoofdklacht bij 1e onderzoek

	Aantal patienten
spugen of rumineren	20
anorexie	13
buikpijn	1
diarrhoe	1
slaapstoornissen	5
driftbuien, huilen	4
aanvallen van bewusteloosheid of cyanose	3
moeheid, zenuwachtigheid	3

Niet onderzochte patienten

Hier is het nodig mee te delen welke van de neuropathen die in aanmerking kwamen voor onderzoek, tenslotte toch niet onderzocht zijn. Er zou nl. een selectie kunnen zijn opgetreden die de betekenis van het wèl verrichte onderzoek belangrijk beïnvloedt.

Na de eerste schifting van het ons ter beschikking staande materiaal bleef er een aantal patienten over, waarvan de gegevens volledig en duidelijk genoeg waren om te concluderen dat er volgens de bovenstaande criteria een neuropathisch syndroom had bestaan. Deze patienten kwamen dus in aanmerking om opgeroepen te worden. Van hen konden een aantal niet onderzocht worden om de volgende redenen.

1. Enige patienten bleken te zijn *geëmigreerd of verhuisd* naar verafgelegen plaatsen (17). Twee patienten waren overleden (één in een kamp in Polen, één aan diphtherie).

2. Enkele patienten of moeders *weigerden* medewerking. Gelukkig was dit een vrij klein aantal (8), want wanneer dit groot was geweest, zou de waarde van de gegevens over de wèl onderzochte patienten zeer verminderd zijn.

Het is begrijpelijk dat wij van enkele oudere patienten weigeringen ontvingen. Men moet van hen in aanmerking nemen, dat het patienten waren, die in de eerste levensjaren soms maar een enkele maal de polikliniek bezocht hadden voor een niet-ernstige aandoening en dat zij sindsdien geen enkele relatie met de kinder-afdeling hadden gehad. Bovendien waren deze patienten bij oproep gezonde volwassenen, die een betrekking of een huishouding hadden. Dat zij of hun moeders geen zin hadden om een middag in het ziekenhuis door te brengen ten gerieve van doktoren, waarmede zij geen enkele band hadden, behoeft niet als afwijkend te worden opgevat.

Drie patienten stuurden na een schriftelijke oproep een schriftelijke weigering, 5 weigerden toen zij thuis bezocht werden. De argumenten waren dan, dat zij of hun moeder er niet voor voelden of te drukke werkzaamheden hadden.

3. Een derde groep kon niet gebruikt worden, omdat de *moeders niet tot het geven van inlichtingen in staat* waren. Eén moeder was overleden, twee verbleven wegens psychische stoornissen in een inrichting, twee waren te debiel of niet bij machte (epilepsie) om voldoende inlichtingen te geven, één wist te weinig van haar dochter af, waarschijnlijk tengevolge van een neurotische stoornis.

Deze psychische afwijkingen bij de moeders zullen wij bij de beoordeling van het voorkomen van psychiatrische stoornissen in de familie in aanmerking moeten nemen.

De twee vrouwen met een te laag IQ waren moeders van debiele neuropathen. Zij konden evenmin in het onderzoek opgenomen worden, maar bij het beoordelen van de IQ's zullen wij hiermee rekening moeten houden.

4. Elf patienten die opgeroepen waren, hebben wij na een gesprek uit het onderzoek geschrapt, omdat bij navragen bleek, dat er *onvoldoende reden was om aan te nemen dat er ook in de zuigelingenperiode tekenen van neuropathie waren geweest.* Bij hen waren òf de verschijnselen in de loop der jaren uit het geheugen der moeder verdwenen, òf er had zich een neuropathisch syndroom ontwikkeld in de kleutertijd, zonder dat daarvóór de neuropathie zich gemanifesteerd had. Twee van deze patienten bleken debiel te zijn.

Deze elf patienten hebben wij niet in ons onderzoek opgenomen, omdat wij onvoldoende overtuigd waren van hun neuropaath-zijn en wij ons, met het oog op de prognose, hadden voorgenomen het patienten-materiaal te kiezen uit de meest uitgesproken gevallen. Dit geldt ook voor de zg. „ruminanten": patienten bij wie als enige aanwijzing van neuropathie in de oude status het rumineren te vinden was. Degenen van hen, die bij het onderzoek ingeschakeld werden, hadden ook andere neuropathie-verschijnselen in de zuigelingentijd gehad.

Wij geven in onderstaande tabel nog een overzicht van de patienten die niet onderzocht konden worden.

Niet onderzochte patienten

Overleden	2
Vertrokken naar buitenland	3
Verhuisd naar verafgelegen plaatsen	14
Geweigerd schriftelijk	3
Geweigerd mondeling	5
Moeder niet in staat tot geven van inlichtingen:	
Overleden	1
Somatische ziekten	2
Psychische ziekten (inrichting)	2
Debiel	1
Epilepsie	1
Andere (neurotische) stoornis	1
Kind bleek bij navragen, als zuigeling niet met zekerheid een neuropaath te zijn geweest	11

Aantal onderzochte patienten

Wij hadden ons ten doel gesteld een indruk te krijgen over de gehele ontwikkelingsgang van het kind, hetgeen voor het vormen van een inzicht in de prognose noodzakelijk is. Dit is alleen mogelijk door het verzamelen van een groot aantal gegevens per patient. Het beschikken over veel gegevens maakt het ook mogelijk diegenen die met elkaar verband houden te correleren, zodat ze elkaars waarde kunnen verhogen. Tengevolge van deze overwegingen, die het wenselijk maakten een zeer uitvoerig rapport over elke patient op te stellen, hebben wij ons in het *aantal* moeten beperken. Het leek ons bovendien van essentiëel belang dat wij het onderzoek in eigen handen hielden en gezamenlijk over elke patient tot een persoonlijk oordeel kwamen.

Wij werden in ons besluit, het aantal patienten niet te ver uit te breiden, versterkt door de overweging, dat wij gegevens wilden verkrijgen over de prognose, die van practisch belang zouden zijn voor degenen, die jonge neuropathen onder behandeling hebben. Grote kwantitatieve verschillen zijn

hiervoor van belang. Het zal hun bijv. interesseren of dit soort kinderen in 10 % of in 50 % van de gevallen aan enuresis zal lijden en niet of dit bij 10 of bij 15 % van de neuropathen het geval zal zijn. Ook interesseert het de behandelende medicus en de ouders van de neuropaath of van hem te verwachten is, dat hij door hogere intelligentie in een beroep terecht kan komen, dat ver boven dat van zijn milieu uitsteekt. Het zal hun niet interesseren of het IQ van de neuropathen enkele procenten boven het gemiddelde van het milieu ligt. Ook met een klein aantal patienten is het mogelijk dergelijke grove kwantitatieve verschillen vast te stellen.

Op grond van deze overwegingen hebben wij 50 neuropathen onderzocht en deze vergeleken met 50 paarsgewijs uitgezochte controle-personen.

Van deze 50 onderzochte patienten waren 28 neuropathen die in de *kleutertijd* het eerst onderzocht waren wegens neuropathe verschijnselen, maar ook in *het eerste levensjaar* reeds het syndroom hadden getoond.

De tweede groep van 22 kinderen, die *als zuigeling* voor het eerst onderzocht waren, omvatte 16 zg. ruminanten, waarvan wij met zekerheid wisten, dat zij als zuigeling, naast het rumineren, ook andere verschijnselen van neuropathie hadden gehad, en 6 neuropathen die niet rumineerden.

12 van de 16 ruminanten waren in een kliniek opgenomen geweest, 4 niet. 9 van de 34 andere neuropathen waren klinisch onderzocht. De verdeling over de geslachten viel als volgt uit: 16 meisjes en 34 jongens; van de 50 patienten woonden 16 bij het 1e onderzoek in Den Haag, 21 in Leiden en 13 in de omgeving van Leiden.

Leeftijd

De leeftijd waarop de kinderen voor het eerst poliklinisch of klinisch onderzocht waren, varieerde van 6 weken tot 5 jaar. 45 van de 50 neuropathen waren bij het eerste onderzoek beneden de 3 jaar.

Van de 50 neuropathen waren er 25 het eerste kind in het gezin. Bij 13 van de 50 controlepersonen was dit het geval. Wanneer men onder neuropathen een groter aantal eerste kinderen vindt dan te verwachten is, kan men hiervoor verschillende verklaringen geven. Het is mogelijk dat de onervarenheid van de moeder het tot stand komen van verschijnselen van neuropathe aard in de hand werkt. Het is ook denkbaar dat het verschil alleen hierin ligt, dat voor een eerste kind eerder medische hulp wordt gezocht dan voor een later. Wij zullen op de betekenis van het eerste kind zijn in verband met de neuropathie niet verder ingaan.

Bij het na-onderzoek werden de patienten zo uitgekozen, dat reeds een indruk was te krijgen van de verdere ontwikkeling, d. w. z. zij waren allen boven de 5 jaar. Kinderen uit de oorlogsjaren 1942—1945 hebben wij niet opgeroepen, omdat wij meenden, dat in die jaren te veel storende factoren aanwezig waren. De patienten zijn daarom in 2 groepen te verdelen; één van 14 kleuters en schoolkinderen, waarvan de meesten bij het onderzoek tussen 6 en 9 jaar oud waren, één van 36 pubers, adolescenten en volwassenen van 13 tot 31 jaar.

Leeftijden bij na-onderzoek

Groep van 5 tot 9 jaar	14 patienten	14 controles
Groep van 13 tot 18 jaar	24 patienten	24 controles
Groep van 19 tot 31 jaar	12 patienten	12 controles

Controlegroep

Om de ontwikkeling van de neuropaath te kunnen beoordelen was het nodig deze te vergelijken met de ontwikkeling van het niet-neuropathe kind. Wij hebben dus een controlegroep ingeschakeld, die wij aan hetzelfde onderzoek hebben onderworpen.

Ons patientenmateriaal is niet als representatief voor de Nederlandse bevolking te beschouwen. Er heeft, behalve door het bestaan van de onderzochte aandoening, een selectie

plaats gehad, omdat de patienten grotendeels afkomstig zijn van de Universiteits-kinderpolikliniek te Leiden. De controlepersonen werden daarom zo uitgekozen, dat voor elke neuropaath een controle werd uitgezocht, die daarmee overeenstemde in geslacht, leeftijd en sociaal milieu, wat betreft woonplaats, godsdienst en beroep van de vader (zie onderstaande tabel). Voor degenen boven de 13 jaar werd bij de keuze der controles nog gelet op een gelijkwaardige school, opleiding of werkkring. Zie voor nadere motivering hiervan hoofdstuk 5, Dl. II.

Lijst van de beroepen van de vaders van neuropathen en controle-personen

Beroep vader van de neuropaath	Beroep vader van de controle
1. Eigen sigarenzaak	1a. Drogist (eigen zaak)
2. Timmerman bij baas	2a. Mach. bankwerker
3. Ambt. bij accountantsdienst	3a. Accountant (Boekh. M.O.)
4. Opperman (baas over opperlui)	4a. Bakkersknecht (ongeschoold)
5. Landarbeider (ongeschoold)	5a. Landarbeider (ongeschoold)
6. Gevangenisbewaarder, werkloos electricien	6a. Emballeur
7. Betonarbeider, los werkman	7a. Fabrieksarb. (ongeschoold)
8. Bloemistknecht	8a. Bloemistknecht
9. Betonwerker (vaste betrekking)	9a. Dekenwever bij fabriek
10. Fraser	10a. Timmerman (ongeschoold)
11. Stoker (ongeschoold)	11a. Schipper (eigen baas)
12. Caféhouder	12a. Smid (eigen baas)
13. Electrotechn. (eigen zaak)	13a. Chefmonteur in garage van zoon
14. Eigen wasserij, later knecht smederij	14a. Bollenverzender
15. Beambte P. T. T. (voorman)	15a. Timmerman
16. Metselaar	16a. Voorsorteerder P. T. T.
17. Metselaar	17a. Voorman grofsmederij
18. Moeder winkeljuffr. Grootv. schipper	18a. Metaalbewerker
19. Metselaar	19a. Stucadoor

Beroep vader van de neuropaath	Beroep vader van de controle
20. Zelfstandig Tuinder	20a. Bloemist (eigen bedrijf)
21. Mach. bankwerker	21a. 1e sluiswachter, schipper
22. Mach. bankwerker	22a. Melkboerknecht
23. Huisknecht	23a. Instrumentmaker
24. Musicus (Pool), later magazijn-bediende	24a. Melkbezorger
25. Meubelmaker	25a. Betonvlechter
26. Broodbezorger	26a. Randenlasser
27. Kleermaker bij herenmode-magazijn	27a. Prod.chef melkfabr., eerder werkzaam bij tuinderij
28. Chem. verver	28a. Eigen bakkerij, sinds 2 jaar metaalbewerker
29. Grofbetonwerker	29a. Baas dakpannenfabriek
30. Bediende in hotel	30a. 2e Vader, handel scheepsbenodigdheden
31. Vertegenwoordiger	31a. Onderwijzer Mulo
32. Stoffeerder (eigen zaak)	32a. Kleermaker
33. Chem. reiniger	33a. Eerst metselaar, later eigen zaak
34. Portier	34a. Glazenwasser
35. Smid (eigen zaak)	35a. Kruidenier (eigen zaak)
36. Electricien	36a. Vertegenwoordiger
37. Leerbewerker, werkz. touwfabr.	37a. Zelfstandig melkhandelaar
38. Magazijnbediende	38a. Conducteur, eerst bakker
39. Vogelhoeder, landarbeider	39a. Chauffeur, landarbeider
40. Machine-handelaar (zelfst.)	40a. Hoedenzaak
41. Electricien bij zaak	41a. Timmerman
42. Opkoper van bollen bij firma	42a. Opkoper van bollen bij firma
43. Kellner	43a. Uitvoerder gasfabriek
44. Eigen bollenbedrijf	44a. Eigen bollenbedrijf
45. Visser, stuurmansdipl., matroos	45a. Bode Econ. zaken
46. Stalknecht	46a. Operateur filmbedrijf
47. Venter in kleden	47a. Broodbezorger
48. Boekhouder op kantoor	48a. Wiskundige
49. Kapitein Leger	49a. Tramconducteur, eerder schilder
50. Secr.-Penningmeester Middenstandsbouwbedr. (Nu Rijkscontroled. Zuivelprod.)	50a. Ambtenaar Econ. Dienst

In enige gevallen is de gewenste overeenkomst niet geheel bereikt. Nummer 18, 33 en controle nr. 30a waren kinderen van ongehuwde moeders. De controles van 18 en 33 werden uit een zo goed mogelijk gelijkwaardig milieu gekozen. De opleiding van de betrokken patienten en controles was gelijk. Bij nummer 31 en 31a, staat een Mulo-onderwijzer tegenover een vertegenwoordiger, hier is het verschil ten gunste van de controle. Ook de beroepen van 49 en 49a zijn niet gelijkwaardig. Hier ligt het verschil in omgekeerde richting als bij 31. Wij hebben daarom voor deze patienten geen nieuwe controlepersonen trachten te vinden.

De controle-personen werden bezocht door de maatschappelijke werkster van de Kinderkliniek. Het is aan haar ervaring en toewijding te danken, dat het gelukte 50 meestal weinig ontwikkelde mensen met hun kinderen tot medewerking aan een dergelijk, weinig tot de verbeelding sprekend, onderzoek te krijgen. Het was niet te vermijden, dat hierdoor opnieuw een selectie optrad. Hierop zal in het hoofdstuk over de Intelligentie worden teruggekomen.

De voorwaarde, waaraan de controle-personen overigens moesten voldoen, was, dat zij in hun eerste levensjaar geen neuropathisch syndroom hadden getoond.

Inhoud van het onderzoek

Het onderzoek berustte voor een groot deel op gegevens die werden verkregen door een zeer uitvoerig vraaggesprek met de moeder. Het was dan ook van essentiëel belang, dat zij tot volledige medewerking bereid en in staat was. Wij hebben verscheidene patienten niet in het onderzoek kunnen betrekken, omdat de moeder om de een of andere reden onvoldoende inlichtingen kon geven.

Over het gebrek aan bereidwilligheid hadden wij ons niet te beklagen. Het was echter leerzaam om te merken, hoe weinig sommige moeders van hun kinderen weten en hoe verrassend véél andere moeders. Eén patient hebben wij uit het onderzoek moeten schrappen omdat de moeder vrijwel geen inlichtingen over de kinderjaren van haar twintigjarige dochter kon geven.

Het viel ons op, dat vrouwen uit de stadsbevolking vaak niet meer dan vlakke cliché antwoorden konden geven, terwijl vele vrouwen uit een eenvoudig plattelandsmilieu tot zeer genuanceerde observaties van hun kinderen in staat waren en deze op persoonlijke wijze konden uitdrukken. Ook bleken deze onontwikkelde vrouwen, die zeker geen boekjes over kinderpsychologie hadden gelezen, vaak instinctief oplossingen te vinden, die overeenkomen met adviezen die door deskundigen in dergelijke gevallen gegeven worden. Ter voorkoming van misverstanden moet hier worden opgemerkt, dat dit verschil ten gunste van de plattelandsvrouwen niet statistisch getoetst kon worden en dus behoort tot onze persoonlijke indrukken.

Dit **anamnestische** deel van het onderzoek kunnen wij als volgt samenvatten:

1e. de *zuigelingenperiode;* speciaal verschijnselen van neuropathie, wat betreft uiterlijk, gedrag en gastro-intestinale stoornissen;

2e. de *kleuterperiode;* speciaal verschijnselen van neuropathie, nervositas (volgens het syndroom, dat Carp in zijn leerboek over Neurosen aangeeft), aanpassing op school en thuis, verschijnselen van driftmatige aard, motorische en sociale ontwikkeling;

3e. de *schoolperiode;* aanpassing op school en thuis, prestaties, nervositas, vegetatieve functies;

4e. *Later:* aanpassing in het algemeen en in het werk;

5e. *algemeen:* vragen naar driftleven, temperament en karaktervorming;

6e. *somatische verschijnselen;* doorgemaakte ziekten van verschillende aard;

7e. *gezin, familie en milieu;* kindertal en rangnummer, sociaal milieu, spanningen in het gezin. Het voorkomen van verschillende psychiatrische stoornissen en somatische ziekten in familie.

Het **onderzoek** van de patient omvatte:

1e. Een algemeen lichamelijk onderzoek, waarbij speciaal gelet werd op lichaamsbouw, congenitale afwijkingen en vegetatieve stoornissen.
Lengte, gewicht en skeletleeftijd werden bepaald.

2e. Algemeen oriënterend psychiatrisch interview èn van de moeder èn van het kind.
Intelligentie-onderzoek van het kind.
Afname van 2 Szondiprofielen, zowel van moeder als van kind.

Wij laten hier nog volledig de vragenlijst volgen waarvan het bovenstaande een résumé is.

Zwangerschap en partus:

afwijkingen in de graviditeit
afwijkingen bij de partus
asphyxie van het kind
instelling van de moeder t. o. v. het komende kind

Zuigelingenperiode:

uiterlijk:
- mager of dik
- rose of bleek
- grote ogen waarmee het alles in zich schijnt op te nemen
- kuif, epicanthus, voorhoofdfrons, grote mond met natte lippen

gedrag:
- bewegelijkheid, motorische onrust
- weinig slapen
- veel huilen
- schrikachtigheid

gastro-intestinale verschijnselen:
- traag drinken
- gulzig drinken
- spugen
- overgang van borst- op flesvoeding en op vastere voeding

motorische ontwikkeling:
- vroeg, normaal of laat

psycho-motorische ontwikkeling:
- spreken vroeg, normaal of laat

ziekten

Kleutertijd verschijnselen van neuropathie:

uiterlijk:

tenger, bleek, kringen om ogen (kleurwisselingen, „tekenen")

gedrag:

slaapstoornissen (moeilijk inslapen, onrustig slapen, slaapwandelen, pavor nocturnus)
bewegelijkheid, motorische onrust
jactatio capitis
duimzuigen (hoe lang, veel?)
laryngospasmus
nukkigheid, gauw gekwetst zijn
opmerkingsvermogen
vóóraan zijn bij het spelen met andere kinderen
vroeg zijn in ontwikkeling
opvallende vermoeidheid, onregelmatig verspreid over de dag optredend

gastro-intestinale verschijnselen:

anorexie
gemakkelijk braken
buikpijn
diarrhoe of obstipatie

Nervositas

sterke uitslagen der affectiviteit
spoedig vermoeid zijn naast grote energie-ontplooiing en onbegrijpelijk uithoudingsvermogen
onregelmatig psychisch tempo, vaak versneld
al dan niet gedisponeerd zijn
idiosyncrasien t. o. v. bepaalde voedingsmiddelen, chemische en atmosferische invloeden
onverklaarbare schommelingen in temperatuur en lichaamsgewicht
slaapstoornissen
motorische onrust

Aanpassing

reactie op de vrijheid, door het lopen verkregen
moeilijkheden in Trotzphase
zindelijkheidsdressuur
reactie op traumata als: geboorte van broertje of zusje, ziekten, tonsillectomie
reactie op de kleuterschool
sociale aanpassing

Schooltijd

sociale aanpassing
links- of rechtshandigheid
schoolprestaties
reactie op traumata
vrijetijdsbesteding, liefhebberijen
vegetatieve functies (slaap, eetlust, ontlasting)

Later

verdere opleiding
werkkring
sociale aanpassing
vegetatieve functies

Algemeen

Inlichtingen over driftleven, karakter en temperament
overgang van borstvoeding op kunstvoeding
orale neigingen (knarsetanden, duimzuigen, stotteren, snoepzucht, nagelbijten)
tics
neuspeuteren
enuresis en encopresis
steelzucht, leugenachtigheid
aggressiviteit
angsten en dromen
netheid
zelfstandigheid

Somatische ziekten
vatbaarheid voor infectieziekten
hoge temperatuur bij lichte infecties
febriele convulsies
aantal doorgemaakte infectieziekten
verloop infectieziekten en gedrag tijdens ziekte en reconvalescentie

Aandoeningen van allergische aard:
hooikoorts
asthma of asthmatische bronchitis
eczeem
urticaria of strophulus

Andere ziekten

Familie en milieu
samenstelling van het gezin
rangnummer van de patient
sociale omstandigheden, woongelegenheid, verhuizingen
beroep vader

inkomsten
zorgen in het gezin
spanningen in gezin
houding ouders t. o. v. elkaar en t. o. v. de kinderen
verhouding kinderen onderling
wijze van opvoeding (opvoedingstype volgens Benjamin)
cultureel niveau
vrijetijdsbesteding ouders en kinderen
godsdienst
contact met andere gezinnen
voorkomen van ziekten in familie
psych. afw.:
psychosen
epilepsie
enuresis tot in puberteit
alcoholmisbruik
arthritische diathese:
gal- of nierstenen
diabetes
rheuma
psych. som. ziekten:
colitis ulc.
maagklachten, ulcus
hypertensie
asthma, bronchitis
hooikoorts
allergie:
eczeem
urticaria
migraine

Onderzoek van de patient.

Lichamelijk onderzoek:
speciaal werd gelet op lichaamsbouw
spierontwikkeling
congenitale afwijkingen
vegetatieve stoornissen
Gemeten werden:
lengte, gewicht
skeletleeftijd

Psychiatrisch onderzoek:

Er werd een algemeen orienterend psychiatrisch onderzoek verricht, waarbij speciaal gelet werd op:

Moeder: nervositas
levensinstelling en levensintelligentie
haar verhouding met het neuropathe kind, speciaal in het 1e levensjaar
haar verhouding met de andere kinderen, speciaal in het 1e levensjaar
de huwelijksverhouding, sfeer in gezin
Afgenomen werden 2 Szondiprofielen

Kind: nervositas
verhouding t. o. v. het gezin
t. o. v. het werk, welke toekomstverwachtingen en plannen
Afgenomen werden 2 Szondiprofielen
Intelligentietest

Houding tijdens deze test-situaties geobserveerd

Aanvullend onderzoek:

In de loop van het na-onderzoek kwamen enige vragen naar voren die aanvullende onderzoekingen gewenst maakten.

1e. Om een indruk te krijgen van het voorkomen van neuropathie onder de normale bevolking werd een onderzoek gedaan van gezonde zuigelingen van 2 consultatie-bureaux.
Honderd moeders en kinderen werden onderzocht. Wij vroegen naar het bestaan van verschijnselen van neuropathie, onderzochten het kind op physieke stigmata en bepaalden het ontwikkelingsquotient.

2e. Hoewel algemeen in de literatuur een verband tussen allergische en neuropathische diathese wordt aangenomen bleken bij ons na-onderzoek de neuropathen niet significant méér allergische aandoeningen te hebben dan de controlepersonen. Dit maakte het gewenst het probleem van de andere kant te benaderen.
Wij hebben daartoe 50 patienten met allergische verschijnselen onderzocht op hun neuropaath-zijn. Voor de nadere uitwerking zie hoofdstuk 5, dl. 1.

3e. Van 10 klinisch geobserveerde neuropathe zuigelingen werd een follow-up studie gemaakt. Op de resultaten der observatie zal worden teruggegrepen in het hoofdstuk over de orale fixaties. De follow-up studie bestrijkt nog een te luttel aantal jaren om voor publicatie in aanmerking te komen.

HOOFDSTUK III

UITKOMSTEN VAN HET ONDERZOEK

1e vraagstelling:

Wat is de betekenis van de symptomen van neuropathie die men in het eerste levensjaar vindt.

a. Komen deze verschijnselen in een zuigelingenbevolking frequent voor?
b. Is een kind dat als zuigeling neuropaath is, dit ook als kleuter en is omgekeerd een niet-neuropathe zuigeling ook in de kleutertijd geen neuropaath?

Ad a. Om een indruk te krijgen van de frequentie waarin de symptomen voorkomen, die tezamen het syndroom neuropathie vormen, werden 100 zuigelingen van Leidse consultatiebureaux onderzocht. De leeftijd van de kinderen lag bij dit onderzoek tussen 4 en 12 maanden. Er waren 42 meisjes, 58 jongens. Wij vroegen de moeders naar de verschijnselen van neuropathie op de zuigelingenleeftijd, zoals die in het vorige hoofdstuk genoemd staan in de vragenlijst. Bij het onderzoek van het kind werd gelet op: tonus, motoriek, huidkleur, voedingstoestand, beharing, ogen (nl. speciaal of de lidspleet wijd open is, waardoor wit boven de iris te zien komt). Tevens werd het ontwikkelingsquotient bepaald. Wij hoopten daardoor een indruk te krijgen over de vraag of de neuropathen in sommige opzichten vóór zijn in ontwikkeling.

Om de graad van neuropathie van verschillende kinderen te kunnen vergelijken, achtten wij het wenselijk deze in een getal uit te drukken. Wij hadden deze behoefte ook reeds gevoeld bij het na-onderzoek van neuropathen en hadden daarom voor de zuigelingen en voor de kleuterperiode aan

elk symptoom een waarderingscijfer toegekend. Naarmate wij het symptoom belangrijker achtten kreeg het een hoger cijfer (zie blz. 2). Door deze cijfers op te tellen werd een getal verkregen dat varieerde van 0 tot 25 en dat een indruk gaf van de graad van neuropathie in zuigelingen- en kleutertijd. Wanneer wij deze schaal toepasten op de consultatiebureaux-zuigelingen kregen wij de volgende verdeling:

cijfer voor neuropathie	aantal kinderen
0 t/m 2½	62
3 „ 4½	24
5 „ 6½	3
7 „ 8½	2
9 „ 12½	5
13 „ 16	4

Zoals uit dit staatje blijkt waren er 4 kinderen met cijfers boven de 13. Deze rekenden wij tot de neuropathen; 4 kinderen met cijfers tussen 9 en 13 meenden wij als lichte neuropathen te moeten beschouwen, terwijl 5 kinderen met cijfers 5 t/m 8½ en één met cijfer 9½ volgens ons geen neuropathen genoemd mochten worden. Bij de beoordeling lieten wij de observatie iets zwaarder wegen dan de anamnestisch verkregen gegevens. Zo rekenden wij een zuigeling met cijfer 9½, die lang en mager en bewegelijk was, toch niet tot de neuropathen omdat hij zich bij herhaalde observatie zo rustig-actief gedroeg, dat hij o. i. niet in de pathologische groep viel. Om een idee te geven over welk soort kinderen het hier gaat laten wij enige voorbeelden volgen:

Nr. 1 (cijfer voor neuropathie 15½) is een meisje dat à terme geboren was, met een geboortegewicht van 2290 gram, mogelijk door toxicose van de moeder. Reeds op de afdeling verloskunde was ze opgevallen door haar sterke bewegelijkheid. Het grootste deel van de dag lag zij te trappelen en te huilen. Ook thuis bleef zij de eerste maanden veel huilen. Zij was zeer schrikachtig, lag geen moment stil;

de slaap was vaak onderbroken en zeer wisselend. Toen zij 4 maanden oud was, lag zij het grootste deel van de dag wakker te spelen. Zij wilde vaak de borst niet leegdrinken en kreeg dan later weer honger. Zij spuugde vrij veel. Bij onderzoek bleek het een graciel gebouwd kind, met bleke huid. Het was echter niet mager. De ogen waren wijd open en hadden een felle blik. Wij zagen haar terug toen zij 14 maanden oud was. De grootmoeder vertelde toen dat het kind in het tweede half jaar minder gehuild had en dat het een „zenuwachtig", bijdehand meisje was geworden, druk en bewegelijk. Het zou soms gilbuien hebben zonder duidelijke oorzaak. Het at vrij goed, maar wilde geen pap, geen melk, geen yoghurt, alleen vaste voeding en veel water. De moeder zou als kind „precies hetzelfde" zijn geweest.

Nr. 7 (cijfer 11) een meisje, werd voor het eerst met 5 maanden gezien. Zij was druk en bewegelijk, maar sliep normaal en huilde niet veel. Wel spuugde ze nog vaak, vooral door gulzig drinken en door haar drukte. Ook dronk zij de fles vaak niet leeg en met 1 jaar was de eetlust slechts matig; zij nam niet graag middageten. Storende verschijnselen waren er verder niet en wij rekenden haar tot de lichte neuropathen.

Nr. 11 (cijfer 7) was een jongen van 5 maanden oud. Hij was zeer bewegelijk, sliep overdag weinig, maar huilde niet veel. De voeding leverde geen moeilijkheden op. Bij onderzoek had het kind wat schrikachtige bewegingen en wijd open ogen. Er waren geen voor de omgeving storende symptomen.

Nr. 14 (cijfer 5) een meisje, was slechts afwijkend doordat ze in de eerste maanden weigerde aan de borst te drinken. Ze nam de tepel niet en zette zich af. Later gaf de voeding met de fles geen moeilijkheden. Zij was rustig, sliep normaal en was niet schrikachtig.

Wij zouden over de verdere ontwikkeling van de 8 neuropathen, die wij onder deze 100 zuigelingen vonden, geen voorspellingen willen doen. Zij behoren ook niet tot het gewone pathologische materiaal dat de kinderarts ziet. Slechts 2 van hen waren wegens klachten bij een kinderarts terecht gekomen. Eén wegens spugen bij een otitis media, één wegens slecht eten en onrust. Hier had de pediater opneming in een kliniek geadviseerd omdat hij het kind nerveus vond en de omgeving ongeschikt. De ouders hadden geweigerd. In dit geval werd de toestand door milieuomstandigheden zeker ongunstig beïnvloed.

Bij dit oriënterende onderzoek bleek reeds dat geen van de symptomen die wij tot het syndroom rekenen specifiek is. Alle verschijnselen van neuropathie werden ook gevonden bij de kinderen die wij niet tot de neuropathen rekenden en zelfs ook bij kinderen die geen enkel ander symptoom toonden. In onderstaande tabel ziet men de frequentie waarin de verschillende verschijnselen werden gevonden.

	Aantal kinderen bij wie de genoemde verschijnselen werden gevonden	
	van 92 niet neur. zuig.	**8 neuropathen**
Verschijnselen gevonden bij		
Onderzoek		
Ogen (wijd open, wit boven iris)	6	4
Hypertonie	4	2
Anamnese		
Voed. moeilijkh. alleen in 1e kwart.	10	0
Voed. moeijkh. ook later	2	5
Bewegelijkheid, onrust	9	8
Veel huilen, door onbekende oorzaak	2	5
Weinig slapen	8	5
Schrikachtigheid (met huilen, van streek zijn)	13	3

Gedeeltelijk werden deze gegevens bij eigen onderzoek of in de notities op de consultatiebureaux-lijsten gevonden. Verder werden zij verkregen door inlichtingen van de moeder.

Géén der genoemde verschijnselen blijkt op zichzelf specifiek te zijn. Pas het vinden van de combinatie van de ver-

schillende symptomen bij één kind doet ons de diagnose neuropathie stellen.

Wanneer wij dit op boven beschreven wijze in een getal trachtten uit te drukken bleek dat wij een kind met een cijfer van 9½ of hoger tot de neuropathen konden rekenen, terwijl de kinderen met lagere cijfers geen neuropathen genoemd werden. Dat er enige twijfelgevallen zijn, zoals boven beschreven, is geen bezwaar als het aantal van dit soort gevallen niet al te groot is. Wij vonden, zoals uit het voorgaande blijkt bij 100 zuigelingen 8 neuropathen (waarvan 4 lichte). Bij 6 andere kinderen zou men er over kunnen twijfelen of ze misschien toch lichte neuropathen waren. De overige 86 waren naar onze overtuiging als zuigeling zeker geen neuropathen.

Ad b. (Relatie neuropathie op de zuigelingen- en op de kleuterleeftijd).

Wij verzamelden de gegevens die op deze vraag betrekking hebben bij het na-onderzoek van neuropathen, waarvan de opzet in het vorige hoofdstuk is beschreven. Een deel van deze 50 neuropathen nl. 22, was bij het eerste onderzoek jonger dan één jaar. De andere 28 patienten waren na de leeftijd van 1 jaar voor het eerst wegens klachten onderzocht. Van deze laatste 28 waren er 13 nog onder de 2 jaar, zodat van de meeste kinderen over de kleuterleeftijd nog weinig te zeggen was ten tijde van het eerste onderzoek.

De controle-personen waren zò uitgezocht dat zij als zuigeling geen neuropathen waren.

Bij het beoordelen van de zuigelingen- en kleutertijd van neuropathen en controles hebben wij alleen gewerkt met gegevens van de moeder. Wij hebben voor zover het de neuropathen betreft de gegevens uit de bij de eerste klinische of poliklinische observatie gemaakte status dus niet geraadpleegd om een vergelijking met de controle-groep mogelijk te maken. Hiervoor was het tevens gewenst om een quantitatieve waardering van de mate van neuropathie voor elk

kind in kleuter- en zuigelingenperiode te krijgen. Wij hebben daarom aan elk symptoom een cijfer toegekend op dezelfde wijze als bij het onderzoek van de 100 zuigelingen, beschreven op blz. 26 van dit hoofdstuk. Naarmate het symptoom belangrijker was, werd een hoger cijfer gegeven. Wij laten hier een lijst van de waardering van de verschillende symptomen volgen.

Zuigelingenperiode:

uiterlijk:

Grote, wijd open ogen	2	
magerheid	1½	
bleekheid	1½	
		5

gedrag:

veel huilen	4	
weinig slapen	2	
bewegelijkheid, onrust	3	
schrikachtigheid	1	
		10

gastro-intestinale verschijnselen:

slecht drinken of zeer gulzig drinken ev. met diarrhoe	3	
spugen	4	
protestreactie op verandering van voeding	3	
		10
Totaal		25

Kleuterperiode:

uiterlijk:

grote ogen, met kringen	1	
tenger, mager	2	
bleekheid, vasolabiliteit	2	
		5

gedrag:

slaapstoornissen	2	
bewegelijkheid, motorische onrust	1½	
jactatio, duimzuigen	1	
achterblijven bij huilen	1	
lastigheid, nukkigheid	1	
opmerkingsvermogen	2	
vóór zijn bij andere kinderen	½	
vóór in ontwikkeling	½	
„afknappen"	½	
		10

gastro-intestinale verschijnselen:		
anorexie	4	
gemakkelijk braken	2	
buikpijn	2	
diarrhoe of obstipatie	2	
		10
Totaal		25

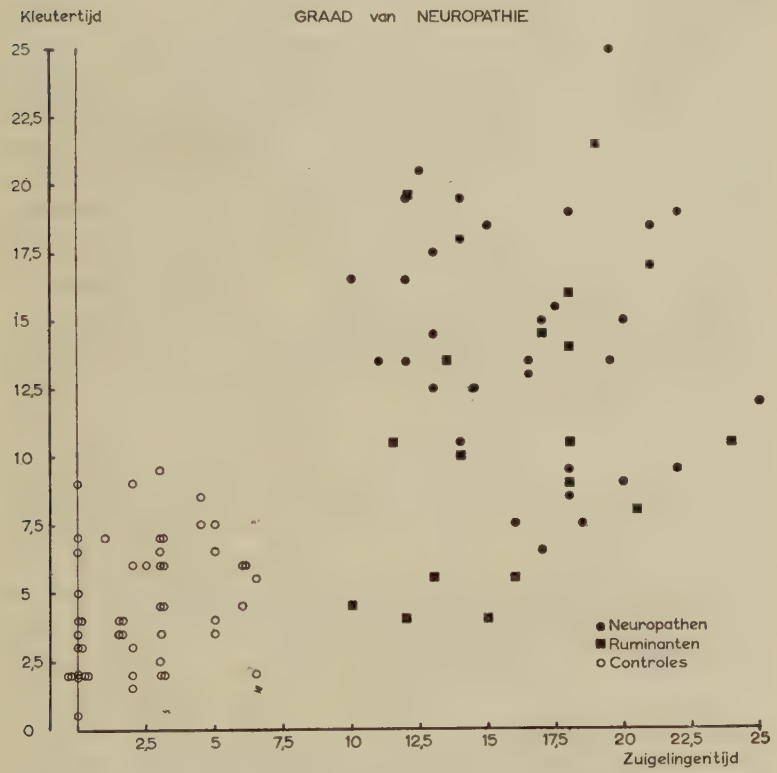
Bij het toekennen van deze waarderingspunten werd zo goed mogelijk rekening gehouden met de waarde van het symptoom, zoals het door de moeder werd vermeld. De waarde van verschijnselen die men zelf bij een zuigeling observeert is hieraan natuurlijk niet gelijk. Wij hebben de bovenstaande puntenlijst toch ook gebruikt bij het onderzoek van de 100 consultatiebureau-zuigelingen. Wij kunnen de cijfers die wij daarbij vonden dus niet rechtstreeks vergelijken met de bij het na-onderzoek verkregen cijfers over de zuigelingen-periode.

Het is niet onze bedoeling om door deze getallen een pseudo-exacte indruk van de bewerking van het materiaal te geven. Zij zijn slechts gebruikt als hulpmiddel bij het vergelijken van patienten en controle-personen. Om dit te vergemakkelijken en te visualiseren hebben wij de gevonden gegevens in een grafiek (zie pag. 33) samengebracht.

Uit de grafiek blijkt dat de patienten in de zuigelingen-periode allen een cijfer van 10 of hoger kregen, terwijl de controle-personen allen onder de 7 liggen. Dit bevestigt een juiste keuze van het materiaal.

In de kleuterperiode blijkt de verdeling van de getallen reeds geheel anders te zijn. Voor de neuropathen liggen ze dan tussen 4 en 25, voor de controle-personen tussen 1½ en 9½. In het gebied tussen 4 en 9½ komen dus in de kleutertijd zowel neuropathen als controle-personen terecht. Wel liggen over het algemeen de neuropathen-cijfers ook in de kleutertijd hoger. Dit geldt niet alleen voor die neuropathen, die als kleuter wegens klachten op de polikliniek waren gekomen, maar ook wanneer men alleen die 22 neuro-

pathen beschouwt, die in het eerste levensjaar onder behandeling kwamen. Wanneer men deze laatste 22 neuropathen met hun controles vergelijkt, ziet men dat 17 van hen een cijfer hebben dat 3 of meer punten hoger ligt dan het cijfer van de bijbehorende controle. Géén van deze 22 controles lag meer dan 3 punten hoger dan de bijbehorende neuropaath. In 5 gevallen was het verschil dus minder dan 3 punten in de een of andere richting.



Een rechtstreekse vergelijking van de cijfers die één kind in de zuigelingen- en in de kleutertijd haalt is niet mogelijk omdat deze cijfers op verschillende gegevens betrekking

hebben. Wanneer wij de controle-groep hierbij betrekken kan men wel een uitspraak hierover doen. Terwijl namelijk het cijfer voor de controle-personen in de kleutertijd meestal iets hoger ligt dan in de zuigelingentijd, is bij de neuropathen het omgekeerde het geval. Het verschil tussen neuropathen en controles is bij de kleuters dus kleiner geworden dan het bij de zuigelingen was.

Bezien wij de controle-personen die in de kleutertijd een hoog cijfer behaalden:

Nr. 8a had als zuigeling vrijwel geen verschijnselen, hoewel hij soms spuugde. Als kleuter bleef hij vaak achter bij het huilen, had vaak buikpijn, schreeuwde soms in zijn slaap, had een sterk opmerkingsvermogen en was gauw gekwetst en van streek, zodat zijn huisarts hem een gevoelig ventje noemde. Hij leed aan recidiverende bronchitis. Hier had zich dus nà het eerste jaar een gedrag ontwikkeld, dat neuropathisch lijkt, mogelijk onder invloed van uitwendige omstandigheden.

Nr. 22a was een jongen, die als zuigeling geen enkel neuropathisch verschijnsel had en alleen moeilijkheden gaf bij het overgaan op middageten. Hij was enig kind en bleef in de kleutertijd met een vrij hardnekkige anorexie sukkelen. Hij zag vaak bleek en bleef lang duimzuigen. Hij was echter niet druk of bewegelijk en sliep als kind goed. Wij zouden hem dan ook als kleuter niet neuropaath willen noemen.

Nr. 23a had als zuigeling geen enkel teken van neuropathie, als kleuter was hij tenger en bleek, sliep onrustig, was zeer actief, maar vaak plotseling vermoeid en had soms diarrhoe of obstipatie.

Binnen de groep van de neuropathen konden wij geen correlatie aantonen tussen graad van neuropathie in de zuigelingen t. o. v. die in de kleutertijd.

Na vergelijking van de cijfers van neuropathen en controles in deze twee perioden kunnen wij dus wel concluderen dat de neuropathen zich, wat de onderzochte verschijnselen betreft, in de kleutertijd minder van de controles onderscheiden dan in het 1e levensjaar. Dit geldt zowel voor neuropathen als voor ruminanten.

Dat de moeilijkheden, die deze kinderen opleveren na de eerste levensjaren geleidelijk afnemen, werd bevestigd door de uitspraken van verschillende moeders van neuropathen. Wij vermeldden reeds, dat enigen van hen mededeelden dat de voorspellingen van huisarts of verpleegster: „dat ze nog heel wat met het kind te stellen zou hebben", niet waren uitgekomen. Sommige kleuters, die in de eerste jaren hun ouders tot wanhoop brachten door slaapstoornissen of anorexie, gaven reeds toen zij op de kleuterschool gingen geen reden meer tot klagen. Aan de uitspraak van ASPERGER (1942) dat de patienten op oudere leeftijd „lernen damit fertig zu werden" herinnerde onze neuropaath met het hoogste IQ, die als zuigeling alle gedragskenmerken toonde, en die reeds in de kleutertijd in zijn gedrag weinig neuropathisch was. Het gunstige milieu kan hier ook een rol hebben gespeeld.

Tot nu toe hebben wij gesproken over de graad van neuropathie als één geheel. Het zou echter nodig kunnen blijken bepaalde groepen van verschijnselen afzonderlijk te beschouwen. Men kan de symptomen die meer op het gebied van het gedrag en die, welke meer op het gebied van de tractus digestivus liggen, gescheiden behandelen en spreken van gedrags- en voedingsneuropathen. Het bleek echter dat kinderen die als zuigeling gedragsneuropathen waren in de kleutertijd niet méér gedragsstoornissen hadden dan de anderen. Evenmin toonden de ruminanten, die wij in het 1e jaar typische voedingsneuropathen kunnen noemen later meer verschijnselen van de tractus digestivus. Wel waren er 5 ruminanten die ook na het 2e jaar nog gemakkelijk braakten.

Uit de genoemde gegevens over zuigelingen- en kleuterperiode blijkt, evenals uit die van het onderzoek van de 100 consultatiebureau-zuigelingen dat alle verschijnselen van neuropathie ook bij de controle-kinderen voorkwamen. Voor sommige verschijnselen in de kleutertijd is het verschil in frequentie bij neuropathen en controles groter dan van

andere en wij kunnen dus de verschijnselen rangschikken naarmate ze meer of minder specifiek zijn voor de neuropathie. In de volgende tabel vindt men de frequentie van de verschillende verschijnselen in de kleutertijd bij neuropathen en controles.

Verschijnselen van neuropathie in de kleutertijd

Verschijnselen	Aantal kinderen, waarbij de genoemde verschijnselen voorkwamen	
	van 50 patiënten	van 50 controles
Gedrag:		
onrustige slaap	32	7
bewegelijkheid	44	15
jactatio	11	2
duimzuigen na 6e jaar ...	14	9
nukkig, gauw gekwetst .	35	14
opmerkingsvermogen	43	33
vooráán bij spel	17	15
vóór in ontwikkeling ...	17	10
Tractus digestivus:		
anorexie	29	3
braken	16	1
buikpijn	19	6
obstipatie of diarrhoe ...	8	4

Het blijkt dat een groter opmerkingsvermogen katamnestisch weinig betekenis heeft; slechts als het als zeer opvallend wordt aangegeven, kan men er mogelijk waarde aan hechten. Het vooráán zijn ten opzichte van andere kinderen en het vóór zijn in ontwikkeling die wij oorspronkelijk bij de neuro-

pathie meenden te moeten rekenen, bleken niet frequenter voor te komen bij de neuropathen. Dat het vooráán zijn vergeleken met anderen niet typisch is voor de neuropaath blijkt ook uit de verklaringen van vele moeders dat het tegendeel het geval was of dat zij graag met jongere kinderen speelden.

De verschijnselen waardoor op de kleuterleeftijd de neuropathen zich het meest onderscheiden van anderen zijn de onrustige slaap, de jactatio capitis en de motorische onrust, naast een aantal symptomen van de kant van de tractus digestivus zoals: anorexie, braken en buikpijn. Wij moeten hierbij in rekening brengen dat voor de controlegroep kinderen waren uitgezocht bij wie zich in de zuigelingenperiode geen verschijnselen van dien aard hadden voorgedaan.

Samenvatting behandeling 1e vraagstelling

Bij een onderzoek van 100 consultatiebureau-zuigelingen werden 8 neuropathen gevonden. Geen der verschijnselen blijkt specifiek te zijn. Uit het na-onderzoek van 50 neuropathen en 50 controle-personen bleek dat in de kleutertijd de neuropathen zich minder van de anderen onderscheidden dan in de zuigelingentijd.

2e vraagstelling:

Frequentie van tics, enuresis, pavor nocturnus en bewustzijnsstoornissen van verschillende aard.

Naast de zo juist genoemde symptomen van neuropathie in de kleutertijd zijn er nog een aantal andere verschijnselen waarvan men vaak aanneemt dat zij bij neuropathen frequenter voorkomen. De scheiding tussen deze verschijnselen en de vorige groep is vrij willekeurig. In de in de vorige tabel samengebrachte verschijnselen heeft men te doen met symptomen die door alle auteurs worden gerekend tot het beeld van de neuropathie. De tweede groep omvat meer pathologische verschijnselen, waarvan sommige schrijvers menen dat zij bij neuropathen frequenter voorkomen. De

aandoeningen van deze laatste groep zijn vaak de reden dat medische hulp wordt gezocht. In onderstaande tabel vindt men het aantal neuropathen en controle-personen, waarbij deze afwijkingen voorkwamen.

	neuro-pathen	controles
Tics	21	4
Enuresis	5	6
Pavor nocturnus	11	1
Febriele convulsies	1	0
Andere bewustzijnstoornissen	3	0
Laryngospasmus	17	7

Wij zien hier een significant verschil tussen de twee groepen in het voorkomen van tics en pavor nocturnus. Het gevonden verschil in het voorkomen van laryngospasmus is maar juist significant.

Tics:

Tics komen dus significant meer voor bij de neuropathengroep. ASPERGER rekent dit verschijnsel bij het syndroom; GORTER zegt van de tic dat deze erfelijk en familiair voorkomt in neuropathe families.

Het zou de moeite waard zijn na te gaan, waarop deze neiging berust. Moeten wij met ASPERGER aannemen, dat een tic niet symboliseert, of moeten wij met MARGARET S. MAHLER (1944) veel waarde hechten aan hun onderdrukte aggressie en hun onvermogen frustraties te tolereren?

Aangezien wij onze gegevens voornamelijk katamnestisch hebben verkregen, waren wij niet in de gelegenheid dieper op de oorzaak in te gaan.

Pavor nocturnus

Pavor nocturnus hebben wij apart van de andere slaapstoornissen genoteerd, omdat de eerste duidelijker aangegeven wordt. Het verschil tussen neuropathen en controles is groot. De controle-persoon met pavor was dezelfde, die in de kleutertijd verschillende andere neuropathe symptomen had (8a, blz. 34). Van de neuropathen die aan pavor leden, lagen „de cijfers voor neuropathie" volgens de schaal op blz. 31 tussen 10½ en 25, gemiddeld 16.

Enuresis

Enuresis werd positief gerekend wanneer het na het 6e jaar nog bestond. Tegen onze verwachtingen werden er bij neuropathen en controle-personen ongeveer evenveel gevallen gevonden. De neuropathen die aan enuresis nocturna leden, hadden, zoals te verwachten was, ook andere neuropathische trekken. Hun cijfers lagen tussen 10½ en 18½, gemiddeld 13. De controle-personen met enuresis hadden neuropathie-cijfers tussen 2 en 7½, gemiddeld 4. Onder hen waren er 4 die na het 12e jaar nog aan enuresis leden.

Dit resultaat bevestigt dus niet de mening van vele auteurs, dat enuresis bij neuropathen veel frequenter voorkomt, dan bij andere kinderen. Asperger beschrijft enuresis als onderdeel van neuropathie. Daarentegen vond Gunnarson (1946) in een onderzoek naar de prognose van verschillende nerveuze stoornissen bij kinderen, dat enuresis niet uitsluitend bij een bepaald type kinderen voorkomt, maar zowel bij gemakkelijke, rustige kinderen, als bij kinderen met andere gedragsstoornissen.

Ook in het voorkomen van enuresis in de familie werd geen verschil gevonden tussen neuropathen en controlegroep. In de 50 neuropathen-families kwamen 10 lijders aan enuresis voor tot na het 12e jaar. Dit waren familieleden van 9 neuropathen die geen van allen zelf aan enuresis leden. In de families van de 50 controle-personen kwamen 11 enuresis-

lijders voor, waarvan 5 in families van 4 controle-personen, die zelf aan enuresis leden. Het is dus mogelijk dat een toevallig hoog aantal enuresis-lijders in ons controle-materiaal oorzaak van deze uitkomst is. Het aantal enuresis-patienten bij onze controle-personen week echter niet significant af van het percentage dat door HALLGREN (1956) werd gevonden in Noorwegen. Hierbij is in aanmerking genomen dat zij spreekt van enuresis boven 4 jaar en er is met de verdeling tussen jongens en meisjes rekening gehouden. Het is dus onwaarschijnlijk, dat er in werkelijkheid een groot verschil tussen neuropathen en controles zou bestaan.

Bewustzijnstoornissen

(Laryngospasmus, lipothymiën, febriele convulsies)

Verschillende soorten bewustzijnstoornissen zouden bij neuropathen frequenter voorkomen dan bij anderen. Het blijkt dat hiermee in de eerste plaats de zg. Affektkrämpfe worden bedoeld, in de tweede plaats lipothymieën en daarnaast geven sommige auteurs aan, dat febriele convulsies bij neuropathen frequenter zouden zijn.

De z.g. Affektkrämpfe worden in het Nederlands meestal omschreven als „achterblijven bij huilen" of „wegblijven". Het wordt ook wel met de naam laryngospasmus aangeduid, waarbij men het wel moet onderscheiden van de tetanische laryngospasmus.

Bij drie van onze neuropathen waren dergelijke aanvallen van ademstilstand na exspiratie, met cyanose en bewusteloosheid, soms trekkingen, de aanleiding tot het eerste onderzoek geweest. Bij nog 14 anderen waren dergelijke aanvallen meestal in lichtere mate voorgekomen. Zeven van de 50 niet-neuropathen hadden echter ook wel laryngospasmus bij driftig huilen getoond. Het verschijnsel is dus niet specifiek voor neuropathie. Het moet worden beschouwd als een reactiewijze die bij kinderen onder de 3 jaar niet uitzonderlijk is en die door een onjuiste reactie van de omgeving versterkt

kan worden. Bij allen was het verschijnsel vóór het 4e jaar verdwenen.

Bij twee meisjes traden aanvallen van bewusteloosheid op, die beschreven werden als *flauwvallen.* Eén meisje had het vanaf haar 9e jaar. De flauwtes traden bij haar vrij frequent op als zij zich niet lekker voelde. Er kwamen geen trekkingen bij voor. Bij het andere meisje waren ze voor het eerst waargenomen op het 12e jaar. Sindsdien was zij enige malen flauw gevallen bij het zien van bloed of van een ongeluk op straat. Dit waren dus bij beiden aanvallen, die het karakter hadden van hersenanoxie door vasobiliteit.

Bij één neuropaath waren kortdurende abscencis voorgekomen, mogelijk van organische aard. De ziektegeschiedenis wordt uitvoeriger beschreven in hoofdstuk 4, Deel I.

Een typische *febriele convulsie* was bij één patient éénmaal opgetreden op de leeftijd van 2 jaar. Bij onze 50 controles waren geen febriele convulsies voorgekomen. Daar volgens Lennox (1949), die zich baseert op onderzoekingen van Thom en Patrick en Levy, febriele convulsies bij ruim 2 % van alle kinderen voorkomen, is het vinden van één kind met febriele convulsies onder 100 onderzochte kinderen niet opvallend. Een verband met neuropathie blijkt hieruit niet.

Samenvatting 2e vraagstelling

Tics en pavor nocturnus bleken duidelijk méér voor te komen bij neuropathen dan bij niet-neuropathen; voor de laryngospasmus was het verschil juist significant. Enuresis werd niet frequenter bij de neuropathen gevonden. Een febriele convulsie was bij één, andere bewustzijnsstoornissen waren bij 3 op de 50 neuropathen voorgekomen. Geen van de controles hadden dergelijke verschijnselen getoond.

3e vraagstelling:

Verloop van de psychische verschijnselen en verband tussen neuropathie en nervositas.

De vraag naar het verloop der psychische verschijnselen

bestrijkt zulk een uitgebreid terrein, dat wij ons tot enkele facetten hebben moeten bepalen.

In het hoofdstuk over de prognose in Deel II zal worden ingegaan op de psychische verschijnselen, zoals deze zich bij de aanpassing aan buiten- en binnenwereld manifesteerden. Over het algemeen kunnen we zeggen dat de aanpassing van de neuropathe kleuter nog veel te wensen overlaat, maar dat in de schooltijd hierin al duidelijke verbetering optreedt. De speciale struikelblokken voor de kleuter schijnen te liggen in de Trotzphase en in de aanpassing aan de nieuwgeborene in het gezin. De zindelijkheidsdressuur levert daarentegen niet meer moeilijkheden op dan bij de controle-kinderen. In de puberteit vervlakken de verschillen tussen neuropathen en controles, om op volwassen leeftijd praetisch te verdwijnen.

Omdat een speciale groep van psychische verschijnselen in de vorm van orale en oraal-sadistische karaktertrekken bij onze neuropathen-groep opvallend vaak voorkwamen, is gemeend dat ook hieraan een apart hoofdstuk gewijd diende te worden. (Hoofdstuk 4, Deel II.)

Bij de door ons onderzochte 36 pubers, adolescenten en volwassenen troffen wij geen schizophrenen, psychotici of uitgesproken psychopathen aan. Ook ernstige neurotische stoornissen kwamen niet voor. Dit alles evenmin bij de controle-personen.

De samenhang van neuropathie met nervositas bleek echter zeer duidelijk. Nadere bespreking hiervan geschiedt in het hoofdstuk over het „Begrip Neuropathie". (Hoofdstuk 7, Deel II.)

4e vraagstelling:

Hoe is de intelligentie van de neuropathen?

Bij het beoordelen van de uitkomsten van het onderzoek naar de intelligentie zullen wij eerst moeten nagaan of deze beïnvloed kunnen zijn door de oorspronkelijke ziekte. Verscheidene van onze patienten waren namelijk in het eerste levensjaar opgenomen geweest wegens spugen en daardoor ontstane atrophie.

Verschillende schrijvers hebben verband gelegd tussen later gevonden achterstand in mentale ontwikkeling of epilepsie en een in de zuigelingenperiode doorgemaakte toestand van zware atrophie. Of de atrophie zelf rechtstreeks de oorzaak van de latere stoornissen is staat niet vast. Uit het onderzoek van Wunderlich (1955) bleek dat weliswaar de kinderen uit slechte milieus een belangrijke achterstand hadden bij het na-onderzoek, met een ontwikkelingsquotient van gemiddeld 0.87, maar dat dit bij de kinderen uit goede milieus niet het geval was. Slechts bij diegenen die een uitermate sterke atrophie hadden doorgemaakt of die cerebrale stoornissen hadden gehad, werd een mentale achterstand gevonden. Hij noemde dié milieus slecht, waar de verzorging onvoldoende was, maar ook waar veel mentale stoornissen in de familie voorkwamen. Mogelijk is er verband tussen de oorzaak voor het tot stand komen van de atrophie, bv. door achterlijkheid van de moeder of aangeboren afwijkingen van het kind en het later gevonden lage IQ van het kind. Het lijkt echter waarschijnlijk dat zeer ernstige atrophie-toestanden en zulke, die met cerebrale stoornissen gepaard gaan, later tot een achterblijven in ontwikkeling kunnen leiden.

Bij het nagaan van de oorspronkelijke lijsten van onze patienten bleken er 6 te zijn waar een vrij belangrijke atrophie had bestaan en waar een lang verblijf in het ziekenhuis nodig was geweest. Bij de andere 15 opgenomen kinderen was de toestand minder ernstig.

Wij laten de gegevens van de 6 meest atrophische zuigelingen volgen met het IQ, dat bij het na-onderzoek werd gevonden. (Zie tabel blz. 44.)

Bij 3 neuropathen en bij 2 controles had na de geboorte een asphyxie bestaan. Dit waren no. 11 (IQ 119), 19 (IQ 88) en 34 (IQ 84) en de controles 5a (IQ 100) en 48a (IQ 95). Bij hen is een ongunstige invloed van de asphyxie op het cerebrum niet uit te sluiten doch evenmin te bewijzen.

Nr.	lft. bij opn.	laagste gewicht	ideaal gewicht	duur opneming	IQ
25	8 m.	5.5 kg	8.3 kg	58 d.	108
39	7 „	5.2 „	8 „	40 „	80
40	7 „	4.8 „	8 „	73 „	99
46	5½ „	5.2 „	7.2 „	90 „	82
48	2½ „	3.9 „	5.5 „	100 „	102
50	4 „	3.7 „	6.3 „	120 „	128

Om enige indruk te krijgen van de intelligentie bij neuropathen, werd het volgende onderzoek ingesteld:

I. 100 consultatiebureau-zuigelingen werden met behulp van de „Klein-kindertest" volgens Bühler-Hetzer onderzocht.
II. 50 neuropathen en 50 controles werden bij het na-onderzoek aan een intelligentietest onderworpen.

Voor de 2 groepen van 14 schoolkinderen onder hen werd de Terman-Merrill gebruikt. Voor de 2 groepen van 36 ouderen de Wechsler-Bellevue.

Ad I. Met deze test van Bühler-Hetzer kan van de zuigeling het ontwikkelings-quotiënt (EQ) worden bepaald. De spreiding van de quotiënten voor deze 100 zuigelingen liep van 72 tot 136. Deze grote spreiding verbaast niet, als we ons realiseren, dat het ontwikkelings-quotiënt een nog weinig stabiel getal is. Immers de ontwikkeling in die periode gaat nog zo duidelijk schoksgewijs en met sprongen vooruit, dat dit quotiënt uitsluitend als momentopname zijn waarde kan hebben.

De verdienste van deze testmethode ligt m. i. vooral hierin, dat zij onze observatie meer bewust richt op bepaalde belangrijke ontwikkelingsfacetten van het jonge kind, zoals bv. de waarneming, de motorische en sociale ontwikkeling en later ook de intelligentie.

Zoals vermeld troffen wij op de 100 C-B zuigelingen 8 lichte neuropathen aan. Het blijkt nu bij deze tests dat

de vóórlijke indruk van deze 8 neuropathen voornamelijk te danken is aan hun motorische ontwikkelingsvoorprong. De EQ's blinken op zichzelf niet uit, maar motorisch zijn er 7 van deze 8 neuropathe zuigelingen duidelijk vóór te noemen vergeleken bij de gewone norm van hun leeftijd (100). De achtste, een neuropaath met een EQ van 93, had relatief een motorische voorsprong, doch kwam niet boven de standaardnorm uit. Van de overige 92 zuigelingen, niet-neuropathen dus, waren er 12 achter en slechts 5 motorisch vóór te noemen.

Ook bij kleuters is ons gebleken dat de vóórlijke indruk, die neuropathen dikwijls maken, niet zozeer is terug te brengen op een goede intelligentie als wel op een voorsprong in motorische ontwikkeling.

Een verklaring voor deze propulsie is niet direct te geven. Mogelijk hangt deze samen met hun grote bewegelijkheid, als uiting van hun onrust. Deze bewegelijkheid geeft hen in ieder geval een grote ervaring en daarmee op zichzelf al een voorsprong in motorische ontwikkeling.

Ad II. De uitkomsten van het testonderzoek van 36 neuropathen en controles van 13—30 jaar en van de 14 schoolkinderen van 5—9 jaar worden in het volgende overzicht gegeven:

Gevonden IQ's volgens Wechsler-Bellevue bij 36 neur. met hun 36 contr.

Indeling categorieën vlg. W.B.	Bijbehorende IQ marge	Neuropathen	Controles
Mental defective	below — 67		
Borderline	68 — 78		
Dull normal	79 — 90	9	—
Average	91 — 110	16	21
High Average to superior	111 — 119	8	9
Superior	120 — 127	1	5
Very superior	128 — over	2	1
	Totaal	36	36

Gevonden IQ's volgens Terman Merrill bij 14 kleuters en schoolkinderen + controles

	Neuro-pathen	Contro-les
Normale intelligentie, IQ lopend van 90 — 110	13	8
Goede intelligentie, IQ lopend van 110 — 120	1	6
Totaal	14	14

Uit deze tabellen komt een verdeling naar voren, die voor de controle-personen wat gunstiger schijnt uit te vallen. Er blijkt inderdaad een gering niveauverschil te zijn, waarop in het hoofdstuk over de Intelligentie (Hoofdstuk 5, Deel II) nader wordt ingegaan.

Het blijkt dus dat, hoewel de neuropathe zuigeling, ook bij onderzoek, vóór is in motorische ontwikkeling, de uitslagen van het intelligentie-onderzoek tegenvallen. Dit is voor de kinderarts, die in het algemeen geneigd is zijn neuropathe patienten als pienter of bijdehand te bestempelen, misschien een teleurstelling. Wij menen echter dat hier de uitkomst van het intelligentie-onderzoek meer aan de realiteit beantwoordt dan de klinische indruk bij het jonge kind, ook al is dit de indruk van een ervaren pediater. De uitkomsten van de tests staan namelijk niet op zichzelf, maar worden gesteund door andere feiten; te weten:

1e. de schoolprestaties, die in grote lijnen overeenkomen met de test-uitkomsten;

2e. ook de prestaties na de schooltijd geven hetzelfde beeld en de neuropaath komt in het algemeen niet boven het niveau van zijn familieleden uit (zie hfdst. Intelligentie);

3e. bij verscheidene onderzochte patienten kregen wij van de moeder uitlatingen te horen in de zin van: „op de

kleuterschool verwachtte men heel wat van hem of haar, maar dat is later erg tegengevallen".

4e. Wij zijn in de oorspronkelijke status wel eens tegengekomen dat een neuropaath door een ervaren pediater als „pienter" werd gekenmerkt, terwijl zij bij het intelligentie-onderzoek Dull-normal blijkt te zijn.

5e. Twee patienten, die volgens de oude lijst op goede gronden als neuropaath waren geclassificeerd, bleken na oproepen te moeten vervallen, omdat de moeders een te laag I.Q. hadden. Deze kinderen waren debiel. Indien ze in het onderzoek waren opgenomen zouden ze de uitslag nog ongunstiger hebben gemaakt.

Het beeld, zoals het zich aan de kinderarts voordoet, het zich motorisch vroeg ontwikkelde kind, dat snel op alle prikkels reageert en veel interesse voor de omgeving toont, kan hem de qualificatie „pienter" of „bijdehand" in de mond geven. Hij dient zich er dan rekenschap van te geven dat deze eigenschappen in het geheel niet identiek zijn met een goed intelligentie.

In de litteratuur wordt wel aangegeven dat neuropathen met een goede intelligentie beter en ook eerder in de ontwikkeling in staat zijn hun neuropathisch gedrag te boven te komen, dan minder begaafde confrères.

Asperger spreekt van „sie lernen damit fertig zu werden" en ook Cornelia de Lange (1943) wijst op deze ontwikkelingsmogelijkheid voor de intelligente neuropaath.

Wij hebben getracht na te gaan of binnen onze „volwassen" groep van 36 neuropathen (leeftijd geleidelijk opklimmend van 12—30 jaar) er enig verband bestond tussen de graad van zuigelingen-neuropathie, de graad van neuropathie in de kleutertijd en het intelligentie-quotiënt.

Het blijkt dat de drie hoge IQ's (resp. 127, 128 en 134) inderdaad een frappante verbetering tonen, doch het lijkt ons niet geoorloofd op grond hiervan een vast verband aan te nemen. Daarbij komt dat in 2 gevallen met lage IQ's

(resp. 80 en 82) óók een goede verbetering valt te constateren. Omgekeerd blijkt als wij alle neuropathen, die na een gestoorde zuigelingentijd reeds in de kleutertijd een redelijke aanpassing tonen, nagaan, dat er geen enkele samenhang met goede of hoge IQ's is te vinden. Bij de 3 gevallen bv., waarvan een duidelijke verergering sprake is, komen geen onvoldoende intelligenties naar voren (resp. 111, 105 en 109).

Er valt dus op grond van deze gegevens geen vaste correlatie aan te nemen. Wél geloven wij, dat een hoog IQ één van de overigens vele factoren kan zijn, die de verbetering in gedragspatroon in de hand werkt. Dat wij uit de ons ter beschikking staande gegevens niet een direct verband kunnen opmaken, ligt waarschijnlijk ook dáárin, dat andere invloeden (bv. alles wat onder „milieu" is te verstaan) de goede uitwerking van een hoog IQ gemakkelijk te niet kunnen doen.

Samenvatting 4e vraagstelling

Uit dit onderzoek komt niet naar voren, dat de neuropaath intelligenter zou zijn dan het niet-neuropathe kind. Slechts 6 van de 50 onderzochte neuropathen maakten in hun zuigelingentijd een belangrijke atrophie door. Een verband met de ernst der atrophie en een laag IQ kon niet worden opgemerkt. Ook het gemiddelde intelligentiepeil van deze 6 neuropathe pubers wijkt niet belangrijk af van het gemiddelde IQ der 36 „oudere" neuropathen. (Zie hoofdstuk 5, deel II.)

Een correlatie tussen een goed IQ en een snel afnemen der neuropathe symptomen in de ontwikkeling van het kind, konden wij niet aantonen. Wij menen echter dat te veel andere onregistreerbare milieu-invloeden de goede uitwerking van een hoog IQ te niet kunnen doen.

5e vraagstelling:

Zijn er bij neuropathen lichamelijke verschijnselen te vinden, met name afwijkingen in de lichaamsbouw, algemene

gezondheidstoestand? Komen er bij hen meer congenitale afwijkingen, degeneratieve stigmata en vegetatieve stoornissen voor dan bij niet-neuropathen?

Wij hebben bij het na-onderzoek somatisch evenmin als psychisch een duidelijke gemeenschappelijke trek gevonden, die bij alle neuropathen voorkomt. Er kwamen zowel korte, forse als lange tengere figuren onder hen voor; er waren zowel vroeg ontwikkelde als lichamelijk geretardeerde jongens en meisjes onder hen te vinden. Er kwamen geen ernstige somatische afwijkingen bij onze oud-patienten voor. De meesten waren goed tot het verrichten van een normale dagtaak in staat, hoewel hier en daar toch een toon van: „voor zo'n zenuwachtig en zwak kind gaat het toch heel aardig" bij de moeder te beluisteren viel. Dit waren echter uitzonderingen. De meesten van de ex-neuropathen hadden voldoende vitaliteit om na hun normale dagtaak energie te besteden aan verenigingsleven of andere liefhebberijen. Slechts door hen te vergelijken met de controle-groep kan men iets meer zeggen over de vraag in hoeverre de neuropathen zich in somatisch opzicht van niet-neuropathen onderscheiden.

Lichaamsbouw

Wij hebben ons niet gewaagd aan het indelen van de onderzochte personen in bepaalde habitusvormen. In de eerste plaats was van te voren te verwachten dat de neuropathen niet tot een enkel uitgesproken habitustype zouden behoren. Plantenga (1950) geeft aan dat de neuropathe zuigeling niet in een bepaalde habitus-groep is onder te brengen. Asperger vindt wel veel magere, slappe figuren onder zijn neuropathen, evenals Feer (1934), maar toch zeker niet uitsluitend.

Bovendien hebben wij van een onderzoek naar de habitus afgezien, omdat het onderzoek plaats had bij patienten van zeer uiteenlopende leeftijd. Waar een onderzoek naar de habitus van volwassen jonge mannen reeds aanzienlijke

oefening vergt, zou een bepaling van de habitus van jongens en meisjes in schoolleeftijd, puberteit en adolescentie een uitgebreid vooronderzoek hebben geëist en dan nog zou twijfel aan de uitkomsten gerechtvaardigd zijn.

Wij hebben ons dus bepaald tot het *wegen en meten* van de patient en een qualificatie van de lichaamsbouw als tenger of gedrongen, fors, dik of gemengd en van het spierstelsel als sterk, normaal of weinig ontwikkeld. Op deze wijze bekeken, bleken van de neuropathen er 16 smal en tenger te zijn, met weinig ontwikkeld spierstelsel, daarentegen 8 stevig en fors of dik. Van de controle-personen waren er 6 smal en tenger, 11 fors of dik. Bij de neuropathen vonden wij er 26 van gemengd type, van de controles 33.

Volgens Sheldon (1940) geeft de index: lengte gedeeld door derde machtswortel van het gewicht de beste correlatie met de habitus, althans bij volwassen jonge mannen.

Wanneer wij deze index van al onze patienten boven 12 jaar en hun controles bepalen en deze onderling vergelijken, dan blijkt, dat van 36 paren de neuropaath 23 maal een hogere index heeft (dus minder gewicht bij gelijke lengte) en de controle 13 maal hoger ligt dan de bijbehorende neuropaath. Dit verschil was niet significant. Wel waren er een aantal neuropathen die vrij sterk afweken. Van de controles was de hoogste index 45.2, bij de 36 oudere neuropathen waren er 6 met een index van 45.8 of hoger. Deze duidelijke afwijking van de norm was bij enige van hen te herleiden tot schadelijke invloeden, slechte eetlust of ondervoeding door andere oorzaken of ziekte. Bij enkele anderen was er geen schadelijke invloed aan te wijzen en was de afwijking dus waarschijnlijk constitutioneel bepaald.

Wanneer wij de lengtes uitzetten op de groeicurve, vervaardigd van de Nederlandse bevolking door de Afd. Kinderhygiëne van het Nederl. Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (de Haas en de Wijn), vinden wij geen significant verschil tussen patienten en controles. Van de 50 neuropathen

zijn er 2 groter dan de 90 percentile, 5 kleiner dan de 10 percentile, voor de controles zijn deze getallen resp. 2 en 4.

Behalve aan de lengte en het gewicht zou men de lichamelijke ontwikkeling nog kunnen nagaan door de *puberteitsontwikkeling* te volgen. Daar slechts een betrekkelijk klein aantal personen nog in de puberteitsphase verkeerde, gaf dit onvoldoende aanknopingspunten. Wel weten wij van 11 meisjes boven 13 jaar de menarcheleeftijd. Hierbij werd geen significant verschil gevonden tussen neuropathen en controles. Er was echter een aantal patienten, dat een infantiele indruk maakte hoewel sommigen van hen de puberteitsleeftijd allang te boven waren. Dit hebben wij niet objectief kunnen vastleggen. Van de 36 neuropathen noemden wij er 9 infantiel, van de controles 1.

Om een meer objectieve maat te hebben, bepaalden wij van de patienten en controles die daarvoor door hun leeftijd in aanmerking konden komen, de *skeletleeftijd*. Hierbij bleek in de eerste plaats dat voor beide groepen en in alle leeftijdsklassen de skeletleeftijd, gemeten naar de atlas van Greulich en Pyle (1950) achter was bij de chronologische leeftijd. Er was geen significant verschil tussen de neuropathen en hun controles. Er waren echter twee neuropathen (nr. 27 en 46) die een veel grotere achterstand hadden dan alle anderen. Enige van deze patienten worden besproken in hoofdstuk 4, Deel I.

Congenitale afwijkingen en vegetatieve stoornissen

Vaak wordt een verband tussen neuropathe diathese en degeneratieve afwijkingen aangenomen. Wij hebben daarom bij het onderzoek de uitwendig zichtbare congenitale afwijkingen genoteerd. Hierin werd tussen neuropathen en controlegroep geen verschil gevonden.

Eveneens werd gezocht naar vegetatieve stoornissen of vegetatieve stigmata, zoals: sterke kleurwisseling, erythema pudorum, sterke dermografie, acrocyanose, functionele souffles, vergrote schildklier. Daar een aantal personen in de

puberteitsleeftijd onderzocht werden, is het begrijpelijk dat nogal wat van dit soort verschijnselen werd gevonden. Wij verwachtten hierin wel verschil te vinden tussen neuropathen en controles, omdat de symptomatologie van de neuropathie zo sterk ligt op het gebied van het vegetatieve zenuwstelsel. Dit verschil werd echter niet gevonden. Een uitgebreider onderzoek met methoden die gericht zijn op de functie van het autonome zenuwstelsel zou natuurlijk gewenst zijn, maar daarover beschikken wij niet. In de volgende 2 tabellen vindt men een overzicht van de afwijkingen die wij vonden.

Congenitale afwijkingen en degeneratieve kenmerken

neuropathen	controles
1 hypermetropie, asymmetrie v. h. gezicht, fibroom aan oor	1 hypermetropie, cryptorchisme
1 hypermetropie, ontbrekende oorlel	1 hypermetropie, dakoren
1 afwezige oorlel, ontbr. praeputium	1 myopie, vitiligo
1 hypertelorisme, afstaande oren	1 myopie, afw. oorlel
2 afwijkingen aan oorlel	6 afw. vorm oren of oorlel
7 refractieafwijkingen	1 refractieafwijking
1 vlek in iris	1 kruin op voorhoofd
1 asymmetrie v. h. gezicht	1 torticollis
2 herniae	1 cryptorchisme
1 veel naevi pgm.	
32 geen afwijkingen	36 geen afwijkingen
—	—
50 neuropathen	50 controles

Vegetatieve stoornissen

neuropathen	controles
1 vergr. gl. thyr., vochtige handen	1 vergr. gl. thyr., syst. souffle, vaatafw. aan de benen
1 vergr. gl. thyr., funct. souffle	1 vergr. gl. thyr., extra systolie
1 vergr. gl. thyr., acrocyanose	1 gl. thyr., funct. souffle
4 acrocyanose, funct. souffle	5 acrocyanose
3 acrocyanose	6 funct. souffle
4 funct. souffle	1 erythema pud., vochtige handen
4 erythema pudorum	1 sterk wisselende kleur
2 transpireren	1 transpireren
	3 vergr. gl. thyr.
30 geen veg. stoornissen	30 geen veg. stoornissen
—	—
50 patienten	50 controles

Somatische klachten

Het aantal neuropathen boven 12 jaar met lichte klachten bleek groter te zijn dan dat der controles. Het verschil is significant. ($0.01 > P > 0.001$). In onderstaande tabel vindt men het aantal patienten en de aard van de klachten.

Klachten bestaande bij 36 neuropathen en controles boven de 12 jaar

neuropathen	controles
1 pijn in de maag, last van menstruatie	1 slecht eten, asthm. bronchitis
1 slecht eten, flauwvallen	1 buikpijn, asthm. bronchitis
1 buikpijn, flauwvallen	
1 maagzuur, asthm. bronchitis	
8 gastro-intestinale klachten	3 gastro-intestinale klachten
4 asthm. bronch.	
1 rhinitis vasomotoria	
1 klachten door aerophagie	
1 pijn bij menstruatie	1 pijn bij menstruatie
1 gauw moe	1 gauw moe
16 geen klachten	29 geen klachten

Slechts 7 neuropathen en 2 controles hadden klachten van wat ernstiger aard; dit waren 5 patienten met asthmatische bronchitis en 2 meisjes met gastro-intestinale klachten. Zie hiervoor hoofdstuk 4, Deel I. De andere klachten waren van lichte aard, zodat de patienten steeds gewoon hun werk verrichtten.

Van de 18 patienten en controles die na het 12e jaar gastro-intestinale klachten hadden, waren er 12 die ook in de kleutertijd bezwaren van gastro-intestinale aard hadden gehad en in 10 gevallen waren de klachten ná het 12e jaar van dezelfde aard als die in de kleutertijd. Enige patienten hadden bv. buikpijn vanaf de kleutertijd, twee anderen sukkelden vanaf de kleutertijd afwisselend met obstipatie en diarrhoe. Overigens hadden degenen die oorspronkelijk tot

de groep ruminanten behoorden, later niet méér gastro-intestinale stoornissen dan de andere neuropathen.

Allergie

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat bij de 36 neuropathen boven 12 jaar 5 nog asthmatische bronchitis hadden. Zij hadden enige malen per jaar, soms 3 of 4 maal per winter een aanval van bronchitis met koorts en benauwdheid. Echte uitgesproken asthma-aanvallen waren bij geen van hen opgetreden. Andere aandoeningen die men met asthma tot de „major allergy" kan rekenen, eczeem en hooikoorts, kwamen bij enkele patienten in beide groepen voor. Zie hiervoor volgende tabel.

Allergische aandoeningen

	neuro-pathen	contro-les
asthmatische bronchitis	5	2
eczeem als zuigeling of later	3	2
recid. bronchitis	10	9
rhinitis vasomotoria	1	1
strophulus of urticaria	15	12
Aantal patienten met „major allergy"	7	4
Aantal patienten met één of meer van de andere aandoeningen	21	16
geen allergische aandoeningen	22	30
	50	50

Over de betekenis van de strophulus als allergische aandoening is veel geschreven. Wij menen dat strophulus op zichzelf als een uiting van allergie moet worden beschouwd. De aandoening komt echter, mogelijk door wisselende doorlaatbaarheid van de darm, zo vaak voor bij kinderen die

overigens nooit blijk geven van een allergische diathese, dat wij beter doen het in dit verband niet tot de allergische aandoeningen te rekenen. Overigens werd in de frequentie geen verschil gevonden tussen patienten en controles.

Hoewel het grotere aantal gevallen van asthmatische bronchitis bij de neuropathen aan een verband met de allergische diathese deed denken, kon een dergelijk verschil toch niet worden aangetoond. Evenmin bleek dit significant te zijn voor het voorkomen van allergische aandoeningen in de families van de neuropathen.

Wij hebben, om over het verband tussen beide diathesen een beter inzicht te krijgen, een onderzoek gedaan bij 54 allergische kinderen. Aan hun moeders werd gevraagd naar symptomen van neuropathie in zuigelingen- en kleuterleeftijd. Wij vonden op deze wijze dat onder de allergische kinderen in de zuigelingentijd niet meer neuropathen voorkwamen dan onder de gewone zuigelingenbevolking. Wel waren bij hen in de kleutertijd wat meer neuropathe symptomen opgetreden. Zie hiervoor hoofdstuk 5, Deel I.

Samenvatting 5e vraagstelling

Wanneer wij de lichamelijke toestand van de onderzochte patienten trachten te overzien en te vergelijken met de controlegroep, dan blijkt, dat er onder de neuropathen enige zeer smalle, tengere figuren voorkomen en dat er een groter aantal is, dat lichte klachten van verschillende aard, voornamelijk gastro-intestinale, heeft. In het voorkomen van congenitale afwijkingen of degeneratieve kenmerken en van vegetatieve stoornissen werd geen verschil gevonden, evenmin als in het voorkomen van allergie bij neuropathen en controlegroep (zie verder hoofdstuk „Somatische aspecten").

6e vraagstelling:

Familiaire belasting

Zoals in het eerste hoofdstuk van Deel I is besproken, wordt er vaak verband gelegd tussen neuropathe diathese

en verschillende andere ziekten, met name met de arthritische diathese òf de allergische aandoeningen (volgens de Franse terminologie vallen deze onder de vorige). Dit verband zou kunnen blijken als aandoeningen van deze aard bij familieleden frequent voorkomen. Verder interesseerde ons het voorkomen van psychiatrische ziektebeelden in de families en dat van verschillende psychosomatische ziektebeelden.

Daar wij niet in staat waren alle familieleden zelf te onderzoeken, hebben wij ons moeten tevreden stellen met de gegevens die ons door de moeders van de patienten werden verstrekt. Voor alle ziekten hebben wij ons beperkt tot familieleden van de patient in de 1e en 2e graad, dus ouders en grootouders, broers en zusters van de onderzochte persoon. Nu bleek ons dat door een ongewilde selectie die in het controle-materiaal is opgetreden, het aantal kinderen in de controle-gezinnen 3/2 bedroeg van dat in de neuropathengezinnen. Bij de vergelijking van de twee groepen moet hiermede rekening worden gehouden.

Wij vroegen naar de volgende ziekten bij familieleden:

Psychiatrische ziekten:

psychosen
zwakzinnigheid
epilepsie
enuresis tot in de puberteit
alcoholmisbruik

Arthritische diathese:

galstenen
nierstenen
diabetes
rheuma

Allergie:

asthma of asthm. bronchitis
hooikoorts
eczeem

Andere psychosom. ziekten:

colitis of chron. diarrhoe
ernstige maagklachten of ulcus
hypertensie

Uitkomst:

Wij hebben niet gepoogd te differentiëren tussen endogene en exogene ziekten. Daarom omvat bv. de groep zwakzinnigheid ook gevallen van geboortetrauma. Wij hebben deze onnauwkeurigheid niet kunnen vermijden en hopen dat de fouten, gemaakt bij patienten en die bij het controle-materiaal elkaar zullen opheffen.

In onderstaande tabel vindt men het aantal familieleden dat aan afwijkingen van verschillende aard leed.

Ziekten in familie

	neuro-pathen	contro-les
Psychiatrische ziekten.		
Geen psych. ziekten in familie	24	32
1 familielid met psych. z.	14	15
2 „ „ „ „	10	1
3 „ „ „ „	2	2
Arthritische diathese.		
Geen arthr. diathese in familie	26	24
1 pat. met arthr. d.	19	16
2 „ „ „ „	5	10
3 „ „ „ „	0	0
Allergie (major allergy, asthma, eczeem, hooikoorts).		
Geen allergie in familie	30	32

Ziekten in familie (vervolg)

	neuro-pathen	contro-les
1 all. familielid	15	12
2 „ „	3	3
3 „ „	2	3
4 „ „	0	0
Andere psychomatische ziekten.		
Geen psych. som. ziekten in familie	32	33
1 familielid met psych. som. z.	13	13
2 „ „ „ „ „	4	3
3 „ „ „ „ „	1	1

Zoals blijkt uit deze tabel kwamen in de families van de zes en twintig neuropathen meer psychiatrische aandoeningen voor, dan bij de achttien controle-personen. Dit verschil is niet significant. De tendens die hierin zit ten ongunste van de neuropathen wordt echter versterkt: 1e. doordat de controle-personen méér broers en zusters hadden (een correctie hiervoor zou opleveren dat er bij ongeveer 16 controle-personen in de familie afwijkingen werden gevonden), 2e. doordat wij 5 patienten, bij wie vroeger, naar het scheen op goede gronden, de diagnose neuropathie was gesteld, niet in het materiaal hebben kunnen opnemen wegens psychische stoornissen van de moeders. Twee van deze moeders zaten in een inrichting, één had epilepsie, één was debiel, één was naar wij menen, neurotisch gestoord. Deze factoren zijn niet in een getal uit te drukken, maar waarschijnlijk bestaat hier een reëel verschil tussen neuropathen en anderen.

Een verschil in het aantal allergische aandoeningen, ziekten behorende tot de arthritische diathese en andere psychosomatische aandoeningen in de familie van neuropathen en controle-personen is niet gevonden, ook niet als men het

grotere aantal broers en zusters van de tweede groep in aanmerking neemt.

In de nu volgende tabel geven wij nog een overzicht van de frequentie van de verschillende aandoeningen uit boven genoemde ziektegroepen. Hieruit blijkt dat er geen enkele ziekte was waarvoor een belangrijk verschil in frequentie werd gevonden tussen beide groepen.

	Aantal afwijkingen in families van:	
	neuro-pathen	contro-les
Psychiatrische ziekten.		
Psychosen	10	5
Alcoholisme	11	5
Enuresis	11	11
Epilepsie	5	0
Oligophrenie	3	2
Arthritische diathese.		
Galstenen	14	15
Diabetes	5	9
Rheuma	14	13
Allergie.		
Asthma of asthm. bronchitis	23	15
Eczeem	12	10
Hooikoorts	0	3
Andere psychosomatische ziekten.		
Maagklachten of ulcus	12	11
Hypertensie	14	10
Colitis of chronische diarrhoe	1	1

Samenvatting 6e vraagstelling

In de families van neuropathen komen mogelijk meer psychiatrische afwijkingen voor dan bij anderen. In het voorkomen van arthritische diathese, allergische diathese en andere psychosomatische aandoeningen werd geen verschil tussen de 2 groepen gevonden.

HOOFDSTUK IV

ORALE FIXATIES BIJ NEUROPATHEN

Het is niet zo eenvoudig om uit te maken wanneer een volwassene oraal gefixeerd genoemd mag worden en wanneer niet.

Alvorens wij tot een uiteenzetting van onze uiteindelijk gekozen criteria komen (zie blz. 68), willen wij ons eerst verdiepen in de theoretische beschouwingen over de orale phase zelf en over de tot standkoming van fixaties aan die periode.

Fenichel (1955) schrijft hierover: "The beginning is the oral (more correctly the intestinal) state of organization of the libido. In discussing the development of the ego, factors were brought out as to how the knowledge of reality comes about in connection with experiences of hunger and satiation. Further, it was evident that the first judging was the decision whether or not a substance was edible. These findings may now be supplemented by a discussion of the auto-erotic phenomenon of thumbsucking. Thumbsucking .... is already evident in the newborn child and can, of course, be considered an innate reflex. That does not prevent us from noting that this reflex is concerned with a type of stimulation that usually is tied up with the function of nourishment but has become independent of it. Thumbsucking shows that the pleasure gained from breast or bottle is based not alone on the gratification of hunger but on the stimulation of the erogenous oral mucous membrane as well; otherwise the infant would disappointedly remove this thumb, since is produces no milk".

Hier komt een typisch phenomeen aan de orde, waar veel

auteurs (HALVERSON, BERNFELD, STERN en RÜMKE) met name op wijzen: het genoegen van het duimzuigen gaat zich losmaken van de bevrediging die het voeden biedt.

HALVERSON (1938) zegt: "Very early in life the child sucks to overcome hunger and then goes immediately to sleep. Later, because sucking itself is a pleasure and he desires to prolong this pleasure, the child stays awake. Once the infant has discovered pleasure in sucking, he begins to use his fingers, thumb, or fist for pleasure sucking".

HALVERSON citeert BERNFELD in dit verband: "BERNFELD refers to sucking as oral grasping and states that infants not only suck objects which cannot satisfy hunger but continue to suck after they are fully satiated and even suck in the absence of stimulating objects".

STERN (1921) schrijft hierover: „Die Saugtätigkeit, ursprünglich der Befriedigung der Nahrungsaufnahme dienend, wird darüber hinzu zum Selbstzwecke für das Kind — mag nun ein eigener Körperteil (Finger, Zehe) oder ein fremder Gegenstand (Lutschpfropfen) den Reiz ausüben. Dieses Lutschen kann zuweilen mit wahrer Inbrunst ausgeführt werden; es gibt auch Kinder, bei denen es zu einer schwer zu beseitigenden Leidenschaft entartet und weit über die Säuglingszeit hinaus anhält".

RÜMKE (1954) brengt het tenslotte aldus onder woorden: „Het is niet juist het kind in het eerste jaar van zijn leven als uitsluitend auto-erotisch te schetsen. Het is zulks echter óók, en wel in zoverre dat het niet alleen contact zoekt met de ander, maar ook met zichzelf.... In het contact met de ander en vooral met het eigen lichaam is zonder twijfel een component aan te wijzen, die in engere zin als het zoeken naar zinnelijke bevrediging kan worden beschouwd, waar dus de zinnelijkheid zich uit het contact schijnt los te maken en een doel op zichzelf is. Dit kan men bv. bij het vroege duimzuigen en ook later duidelijk opmerken".

FREUD (1920) heeft in zijn tijd uit de aard der zaak veel weerstand opgeroepen met zijn „sexuele" terminologie: „Ich

meine dasz der Zusammenhang der Erscheinungen, in welchen wir durch die psychoanalytische Untersuchung Einsicht gewonnen haben, uns berechtigt, das Ludeln als eine sexuelle Aüszerung in Anspruch zu nehmen und gerade an ihm die wesentlichen Züge der infantilen Sexualbetätigung zu studieren".

Thans zijn er weinigen, die de erotische aard van het duimzuigen niet onderschrijven.

Wanneer wordt een jonge zuigeling, dus verkerend in het prae-ambivalente stadium der orale phase, oraal gefrustreerd?

Dorothy Marquis (1943) heeft in een studie getracht dit gebeuren te benaderen door middel van een experiment, waarbij aan neonaten gefractioneerd steeds ¼ van de fles werd aangeboden. Men mag kritiek hebben op de wijze waarop deze zuigelingen, die in hun reacties op deze orale frustratie nauwkeurig werden geobserveerd, in deze proefopstelling werden gebruikt. Nu dit onderzoek echter is geschied, deel ik als een bijna medeplichtige in de vruchten van haar arbeid: "The pattern of the frustration-reaction in newborns appeared to have fairly well-defined characteristics: In the pre-feeding period, the infants were generally restless and frequently cried. As has been shown in a previous study (Marquis, 1941) the four-hour wait between feedings is probably in itself a frustrating situation for the newborn and one which leads to random activity. Once feeding has begun, however, the hunger goal appears to become more defined and the infants respond to blocking of feeding by immediate general activity and by goal-directed mouth activity. In other words: the frustration becomes greater as the feeding pattern becomes more specific".

Dorothy Marquis merkt ook duidelijk individuele verschillen op in reactie-wijze: "Some infants, regardless of their general activity level and their birthweights, showed more of the oral component in their reactions than others, and this reaction-pattern persisted even after some degree of satiation was approached".

Na 3 maanden ziet zij 5 van de 7 onderzochte zuigelingen terug. "One other observation at the three-month's period was the persistence of individual differences in general activity level and in the relative proportion of mouth's activity. The latter (observation) was cited as evidence for FREUD's theory of individual differences in the oral libidinal".

Wij zien dus in de eerste plaats, dat elke neonaat orale frustraties ondergaat, alleen al door het 4-uur voedingssysteem, maar in de 2e plaats dat reeds dàn individuele graden van protest duidelijk aanwijsbaar zijn. Deze verschillen zijn volgens MARQUIS in navolging van FREUD terug te voeren op de individuele verschillen in oraal libidineuze instincten.

FREUD (1920): „Nicht alle Kinder lutschen. Es ist anzunehmen, dasz jene Kinder dazu gelangen, bei denen die erogene Bedeutung der Lippenzone konstitutionell verstärkt ist".

Nu is mijn indruk uit eigen observaties, dat de individuele verschillen in oraal libidineuze instincten bij de neuropathe zuigelingen het accent krijgen van een in aanleg versterkt aanwezig zijn dezer instincten. Hun onvermogen om oraal frustrerende momenten te verwerken en hun „vaardigheid" om deze inderdaad tot flinke frustraties te laten uitgroeien, is een opvallend verschijnsel. Hun orale behoeften zijn zonder einde. Onze observaties (zie Hoofdstuk II blz. 25) geven aan, dat zij tussen de voedingen door, als zij niet huilen, zeer veel vinger- en duimzuigen of anderszins bezig zijn met hun mond. Ook tijdens de slaap zijn mondbewegingen waargenomen. Dit alles veel meer dan bij de enkele geobserveerde controle-zuigelingen het geval is.

Het spugen en rumineren leveren ook hun bijdrage aan de genoegens van dit genre. Tenslotte is het opvallend, dat de moeilijkheden zich meestentijds vóór de 6e maand manifesteren, dus vóór het begin van de dentitie. Psychiatrisch gezien zouden dan ook de fixaties voornamelijk aan het

eerste stadium van de orale phase moeten ontstaan en pas secundair aan de ambivalente oraal-sadistische periode, die met de dentitie begint.

Dat er toch zoveel „typische neuropathen" zijn als oudere zuigeling, als kleuter en ook wel als schoolkind, behoeft niet tegen deze theorie van vastlopen in de eerste orale phase te pleiten. Het is meerdere auteurs duidelijk geworden, dat wanneer in één periode van libidineuze ontwikkeling onvoldoende satisfactie is verkregen, de volgende phase met extra spanning tegemoet wordt getreden, met als devies: — Ik zal inhalen wat ik tekort kwam — waarbij dan iedere kleine tegenvaller onmiddellijk als een frustratie wordt ondervonden en een terugval naar het niveau van de oorspronkelijke fixatie met zich kan brengen.

Abraham (1949) bv. zegt in dit verband: "Since its need for pleasure has either not been sufficiently gratified or has become too insistent, it fastens with particular intensity on the possibilities of pleasure to be got from the next stage. In doing this is finds itself in constant danger of a new disappointment to which it will react more readily than the normal child with a regression to the earlier stage".

Het is bij de beoordeling „al dan niet oraal gefixeerd" daarom noodzakelijk de hele libidineuze ontwikkeling van de inmiddels volwassen geworden patient in ogenschouw te nemen. Aangezien dit katamnestisch weer niet goed mogelijk is, hebben wij ons moeten oriënteren op de meest naar voren springende en dus nog goed in het geheugen liggende symptomen uit de vroege jeugd, die ons de gang der libidineuze ontwikkeling konden verraden. Wij hebben gevraagd, hoe het stond met de orale en oraal-sadistische genoegdoeningen in de kleuter- en schooltijd, waarbij wij duimzuigen, excessief snoepen, bijten, stotteren, nagelbijten en tandenknarsen de revue lieten passeren.

Naast deze katamnestische gegevens was natuurlijk de status praesens voor de uiteindelijke beoordeling van groot

belang. Tijdens het psychiatrisch onderzoek werd speciaal gelet op die gedrags-patronen, welke door ABRAHAM en FENICHEL in hun beschrijvingen van het orale karakter worden genoemd.

ABRAHAM (1949) schrijft: "In their social behaviour these people always seem to be asking for something, either in the form of a modest request or of an aggressive demand. The manner in which they put forward their wishes, has something in the nature of persistant sucking about it.... One might almost say they "cling like leeches" to other people. Impatience is a marked characteristic with them".

En wat betreft karaktertrekken, die tot de orale sfeer zijn terug te brengen, zegt hij: "Their longing to experience gratification by way of sucking has changed to a need to *give* by way of the mouth, so that we find in them besides a permanent longing to obtain everything, a constant need to communicate themselves orally to other people. This results in an obstinate urge to talk, connected in most cases with a feeling of overflowing"....

En tenslotte: "People with a constitutional intensification of this sort of their oral erotism are very exacting in their demands to have their special erotogenic zone gratified, and react with great displeasure to every frustration in this connection. The excessive pleasure they derive from sucking persists in many forms throughout life. They get abnormal pleasure from eating, and especially from the use of the jaws.... People like these are insatiable in their demands for exchange of affection of an oral nature".

Ook FENICHEL (1955) laat dus zijn licht over dit onderwerp schijnen: "Exceptional oral deprivation, on the other hand, determines a pessimistic (depressive) or sadistic (redress-demanding) attitude. If a person remains fixated to the world of oral wishes, he will, in his general behaviour, present a disinclination to take care of himself, and require others to look after him.... In addition many directly erotic ways of using the mouth for pleasure may be reflected

in the character: (attitudes towards food, drinking, smoking, kissing) these erotic enjoyments may be supplanted by sublimations or by reaction formations .... Among the oral traits of character there are the antithetical qualities of volubility, restlessness and haste, and the tendency toward obstinate silence".

Samenvattend kunnen wij uit deze en andere litteratuurgegevens niet één vast omlijnd oraal karakter destilleren, doch het is m. i. uitsluitend van theoretisch belang naar zo'n strakke omlijning te streven. In de praktijk komt het aan op het herkennen van typische orale karaktertrekken, waarbij men nog bijzonder op zijn hoede moet zijn, deze niet te verwarren met anale trekken.

Criterium: De combinatie van wat wij uit de ontwikkeling te weten konden komen en het resultaat van het huidige onderzoek, bepaalde de beoordeling àl of niet oraal gefixeerd. Alleen dàn werd de onderzochte oraal gefixeerd genoemd, wanneer èn uit de ontwikkeling èn uit de status praesens de orale fixaties naar voren traden.

Uit de aard der zaak blijft deze beoordeling haar subjectieve karakter behouden en in zo'n geval is het moeilijk de waarnemingen niet te laten beïnvloeden door de „idée préconçue", dat ook iedere neuropaath oraal gefixeerd zou moeten zijn. Om deze laatste factor te elimineren, heb ik mij steeds nà het onderzoek pas op de hoogte gesteld of de onderzochte volwassene een neuropathe zuigeling geweest was of niet, zodat ik voor mijzelf meen onbevooroordeeld gestaan te hebben in de beslissing wèl of niet oraal gefixeerd.

Op de bovenbeschreven wijze werd getracht van de totaal 72 onderzochte volwassenen zo zuiver mogelijk uit te maken, wie wèl en wie niet „oraal gefixeerd" mochten worden genoemd. Bij de uitwerking dezer gegevens bleek, dat van de 36 neuropathen er 32 (89 %) en van de 36 controle-personen er 12 (33 %) oraal gefixeerd waren. Hier mag statistisch van een duidelijke significantie worden gesproken.

Men stelt zich natuurlijk de vraag hoe dit te verklaren is. Wij hebben ons drie mogelijkheden voorgesteld:

1. Is het mogelijk dat de neuropaath meer frustrerende momenten heeft moeten ondergaan in de vroegste orale periode, omdat de relatie moeder-kind te veel te wensen overliet?
2. Hangt het hier samen met wat wij al eerder veronderstelden, dat de neuropaath ex origine gemakkelijk oraal gefrustreerd wordt en wel zodanig, dat fixaties aan die phase blijven bestaan?

3a. In verband hiermede komt de vraag naar voren of deze verhoogde kwetsbaarheid een algemeen kenmerk is of dat deze zich meer speciaal tot het orale vlak beperkt.

3b. En tenslotte, *waarom* dan deze specifieke orale kwetsbaarheid?

Ad 1. Bij de behandeling der eerste vraag zien wij ons gesteld voor de moeilijke taak katamnestisch de relatie moeder-zuigeling-neuropaath na te gaan. Dit behoort vrijwel tot de onmogelijkheden en het leek mij daarom juister directe observaties van — uit de aard der zaak dus andere — neuropathe zuigelingen met de relatie tot hun moeder in deze beschouwing te betrekken.

Hoewel ons onderzoek niet een uitgebreid en detaillistische observatie van de moeder-zuigeling verhouding omvat, menen wij toch wel de meer opvallende stoornissen dezer relatie bij het consultatiebureau-onderzoek te hebben kunnen waarnemen.

Op grond hiervan is ons gebleken, dat het neuropathische syndroom niet uit storende milieu-invloeden alléén is te verklaren; het helpt het ten hoogste uitbreiden. Bij de 100 consultatiebureau-zuigelingen die wij onderzochten en waarbij wij 4 flinke en 4 lichte neuropathen aantroffen, konden geen slechtere moeder-kind relaties bij de neuropathen dan bij de niet-neuropathen worden ontdekt.

Ook bij de klinisch geobserveerde zuigelingen treedt de milieu-factor niet op de voorgrond.

Ad 2. Veel meer zijn wij geneigd te geloven in de verhoogde orale kwetsbaarheid van de neuropathe zuigeling. Hiervoor zijn uit ons onderzoek o. i. wel enkele sprekende argumenten aan te voeren. Wij hebben namelijk getracht na te gaan, welke traumatiserende momenten uit de zuigelingentijd achteraf nog waren te registreren, waarbij wij ons wel bewust waren ons slechts tot enkele te kunnen beperken. Zo zijn in deze categorie opgenomen:

geen borstvoeding;
borstvoeding moeizaam en korter dan 6 weken;
het syndroom van de "three-month colic".

De moeilijkheden bij overgang op vaste voeding zijn hierbij niet betrokken, omdat daarbij de milieu- èn ontwikkelingsfactoren alweer zoveel gecompliceerder liggen, dat na 15 of 25 jaar er geen zuiver beeld meer van te krijgen is. Bovendien geldt het hier de traumatiserende momenten in de vroegste orale phase.

Veel kinderartsen erkennen de afwezigheid van borstvoeding niet als een oraal frustrerende factor als de flesvoeding goed wordt genomen.

Er lijkt vaak uiterlijk ook weinig te wensen over, wanneer de zuigeling voorspoedig groeit. Men sluit dan echter de ogen voor de mogelijkheid van een onbewuste „rejection" door de moeder.

De oudere psychiatrische litteratuur is rijk aan geschriften die wijzen op het fundamentele belang van deze zuigelingenvoeding, die het eerste menselijke contact op de juiste wijze doet opbouwen. Doch ook de modernere psychiatrie blijft dit standpunt principieel huldigen: "For the mother, Middlemore (1941) describes breastfeeding as a "delightful experience", and for the baby it must be similar. Even the term "alimentary orgasm" has been used by Rado (1943) for the gratification that results from satiation. Today breastfeeding

is very frequently neglected, often for the convenience of mothers, who thereby express some unconscious rejection of their infants. Usually the bottle is a very succesful source of nourishment. However, as SELLING and FERRARO (1945) stated: "No formula has as yet been devised which will enable the bottle to give the love, security, affection and the pride that even an infant seems to be able to gather from mother's affectionate embrace while he nurses from her". Therefore, at least part of the child's food should if possible be supplied by the breast during most of the first year".

Wij hebben de correlatie nagegaan tussen de aangegeven traumatiserende momenten en de frustratie-reacties in de zuigelingentijd bij 50 neuropathen en 50 controle-kinderen. De verkregen gegevens zijn weergegeven in de hier volgende tabel:

		Frustratie-reacties in zuigelingentijd	
		+	—
I. Geen traumatiserende invloeden in de zuigelingentijd	34 Neur.	34	0
	36 Contr.	0	36
II. Wèl traumatiserende invloeden in de zuigelingentijd	16 Neur.	16	0
	14 Contr.	0	14
		50	50

Hieraan is te zien dat, hoewel geen grof-traumatiserende invloeden zijn te vinden, 34 van de 50 zuigelingen-neuropathen zich zwaar gefrustreerd hebben gevoeld, gezien hun duidelijk oraal-protesterende gedragingen. Wel is waar staat de zuigeling vrijwel voortdurend bloot aan traumatiserende invloeden (zie pag. 64 MARQUIS), doch het blijkt mogelijk deze te verwerken.

Veertien normale zuigelingen blijken in staat de meest belastende momenten in de zuigelingenperiode — en daarover is hier alleen sprake — zonder restverschijnselen te passeren. De 16 neuropathen echter zijn zonder uitzondering niet in staat deze zelfde belasting voorbij te komen zonder duidelijke frustratie-reacties te tonen.

Wat betreft de samenhang tussen traumatiserende invloeden in de zuigelingentijd en de orale fixaties op volwassen leeftijd, geeft de volgende tabel een overzicht:

		Orale fixaties op volwassen leeftijd	
		+	—
I. Geen traumatiserende invloeden in de zuigelingentijd	22 Neur.	18	4
	25 Contr.	8	17
II. Wèl traumatiserende invloeden in de zuigelingentijd	14 Neur.	14	0
	11 Contr.	4	7

Van deze totaal 32 oraal gefixeerde volwassen neuropathen zijn er 18 die dit niet kunnen wijten aan grof-traumatiserende momenten uit hun zuigelingentijd. Van de overige 14 is het althans min of meer begrijpelijk, dat zij een orale fixatie hebben overgehouden. Er bestaat echter nog een verschil tegenover de controles, die in 7 van de 11 gevallen ondanks het orale trauma zich zonder blijvende fixaties wisten te ontwikkelen. Een neuropaath kan echter in enkele gevallen (4 van de 36) zonder orale fixaties volwassen worden. Er moeten dan evenwel géén grove voedingsfouten worden gemaakt, al bezorgen de gewone voedingsfouten het kind een moeilijke zuigelingentijd (neuropaath gedrag).

Samenvattend blijkt uit deze cijfers, dat als een neuropaath in de zuigelingentijd een oraal trauma ondergaat, hij zeker

gefrustreerd wordt en dat hij op volwassen leeftijd ook zeker een orale fixatie blijft behouden. Aangezien deze regel niet geldt voor de controles, mogen wij een verhoogde orale kwetsbaarheid voor de neuropaath aannemen.

Ad 3a. Of deze kwetsbaarheid tot het orale veld wordt beperkt, is het volgende vraagpunt dat ons interesseert.

De anale en urethraal-phallische phasen worden niet zonder kleerscheuren doorlopen. Het narcisme is een duidelijk kenmerk van de neuropathe kleuter; veel minder van het neuropathe schoolkind. De verschillen met de controle-kinderen zijn dan al niet meer zo sprekend. Met het voortschrijden der ontwikkeling worden deze contrasten steeds minder.

De anale periode met zijn meeste problemen tijdens de zindelijkheidsdressuur wordt door de neuropathen — zulks i. t. t. de litteratuurgegevens — niet slechter doorstaan dan door de controles. Abnormale reacties worden niet beschreven en de resultaten staan zeker niet ten achter bij de controles.

Enuresis (daartoe gerekend de onderzochten, bij wie het bedwateren nog voorkwam nà het 6e jaar) komt bij de beide groepen evenveel voor. (Zie verder het desbetreffende hoofdstuk.)

De anorexie op de kleuterleeftijd is bij onze neuropathen meer een oraal dan een anaal verzet. De urethraal-phallische eerzucht is géén naar voren tredende karaktereigenschap tijdens de schoolperiode der neuropathen.

Wij krijgen samenvattend de indruk, dat een primair narcisme, in aanleg wat versterkt, de algehele kwetsbaarheid van de neuropaath verklaart, doch dat de sterk verhoogde trefbaarheid tot het orale veld beperkt blijft. Deze specificiteit, deze onverwachte reacties bij kleine prikkels, laten zich ten dele uitdrukken door de term „orale allergie", die voor de neuropathie kenmerkend mag worden genoemd en voor de praktijk misschien zijn aanduidingswaarde kan hebben.

Ad 3b. Deze specifieke orale kwetsbaarheid, zo vroeg in de ontwikkeling reeds naar voren tredend, doet een aanlegfactor veronderstellen. Reeds elders gewaagden wij van een o. i. in aanleg versterkt aanwezig zijn van het orale driftleven.

In het algemeen zouden we de ouders van een oraal veeleisende zuigeling of jonge kleuter kunnen aanraden hun kind van jongs af aan veel voedsel te bieden in „vergeestelijkte" vorm. Dus de zuigeling afleiden door hem rond te laten kijken òf door hem veel te laten zien, zo in de trant van de methoden van Cornelia de Lange: met de speeldoos, de belletjes om de enkels of de baby voor het raam. Ook de kleuter moet veel opneem-materiaal geboden worden, passend bij zijn wat hoger ontwikkelingsniveau.

Het is duidelijk dat de neuropathe zuigeling onvoldoende bevrediging vindt in zijn orale behoeften. Zijn streven zal er daarom op gericht zijn dan maar zoveel mogelijk oraal op te nemen, zonder dat daarbij aan adaequate vertering kan worden toegekomen. Het direct uitspugen van de zojuist genuttigde maaltijden, waarna de wanhopige moeder vaak bereid is een nieuwe voeding te verschaffen; het rumineren, het spugen en de dyspepsieën, zijn hier voorbeelden van.

In de psychische sfeer zien we ditzelfde verschijnsel. Met zijn enorme opmerkingsvermogen haalt de neuropathe zuigeling met vaart en vaardigheid een grote hoeveelheid materiaal naar binnen, zonder dat deze wordt verwerkt en omgezet tot een vergroting van zijn ervaringskennis. Ook voor de kleuter is dit nog een typisch kenmerk. Wanneer men deze kinderen laat spelen met het Bühler-testmateriaal, dan valt direct op: het snelle waarnemen, de goede materiaal-aanpak, het vlug maar oppervlakkig-associatief reageren, doch met name de concentratie, de aandrift tot blijven proberen tot het spel gelukt, ontbreken. Het is één van de voornaamste redenen, waarom deze kinderen zo'n „voorlijke" en dus intelligente indruk maken, zonder dit laatste te zijn.

Wij hebben hierbij op deze ene facet der neuropathische persoonlijkheid gewezen. Wij kunnen niet verwachten dat het hele syndroom hiermede is verklaard. Wij zullen in hoofdstuk VII een poging doen het hele begrip als zodanig te benaderen. Hier interesseerde ons voornamelijk het aandeel der oraliteit.

HOOFDSTUK V

INTELLIGENTIE BIJ NEUROPATHEN

Omdat de litteratuur zo uitgesproken vermeldt, dat de intelligentie van neuropathen over het algemeen beter zou zijn dan van andere kinderen, hebben wij zowel neuropathen als controles aan een intelligentie-onderzoek onderworpen.

Voor de kleuters en schoolkinderen werd daarbij gebruik gemaakt van de „TERMAN-MERRILL" (1948). Deze auteurs geven een moderne revisie van de intelligentie-test, zoals deze oorspronkelijk door BINET (1903) werd opgesteld.

Bij de groepen boven het 13e jaar werd de intelligentie-test volgens WECHSLER (1944) uit het Bellevue Hospital te New York gebruikt.

CHORUS (1948) zegt over de intelligentie-meting en in aansluiting daaraan over de Binet-test: „De intelligentie is een gecompliceerd geheel van functies, dat weliswaar min of meer als een eenheid werkt en een, althans in abstracto, benaderbare kern heeft, maar in elke feitelijke verrichting verschillende aspecten vertoont.

Het ene aspect zal meer aan de periferie van de intelligentie liggen, het ander dichter bij de kern, en de kunst is nu om verrichtingen uit te zoeken, waarin de intelligentie aan het licht treedt, zó, dat alle of minstens de voornaamste aspecten zich kunnen vertonen en wel in een aan hun belangrijkheid evenredige verhouding. Dit ideaal is waarschijnlijk nooit te verwezenlijken maar slechts te benaderen en BINET is erin geslaagd om dit ideaal, in één greep als het ware, zeer naderbij te brengen. De opeenvolgende revisies hebben nog vele verbeteringen gebracht en vooral TERMAN en zijn school heeft hierin het voornaamste en beste werk geleverd.

Dat wij werkelijk dat ideaal naderbij gekomen zijn, kunnen wij alleen weten uit de ervaring van de test-praktijk en de gunstige resultaten, welke men in de prognostiek van het intelligentie-onderzoek er mee heeft kunnen bereiken".

Toch kan men zich afvragen, waarom bij dit onderzoek gebruik is gemaakt van test-methoden, die zijn ingesteld op het Amerikaanse kind en, wat de Wechsler-Bellevue betreft, speciaal op de Engels-sprekende, blanke Amerikaan. Was het voor pubers, adolescenten en volwassenen niet beter geweest aan een typisch Nederlandse test de voorkeur te geven?

Ondanks dit m. i. terechte bezwaar biedt de Wechsler-Bellevue zoveel voordelen, dat toepassing in de Nederlandse vertalingen steeds meer wordt verbreid. De ervaring in den lande is thans zodanig, dat hoewel een wetenschappelijk bewerkte ijking op de Nederlandse bevolking ontbreekt, deze intelligentie-test een waardige plaats inneemt in de bestaande onderzoekingsmethoden op dit gebied. Uiteraard moet men steeds haar uitslagen met kritiek en reserve hanteren.

Wechsler (1944) ziet de relatieve waarde van zijn test in, als hij zegt: "The only thing we can ask for an intelligence scale is that it measures sufficient portions of intelligence to enable us to use it as a fairly reliable index of the individual's global capacity".

Dit sluit aan bij zijn algemene opvatting over intelligentie, waarvan hij de volgende definitie geeft: "Intelligence is the aggregate of global capacity of the individual to act purposefully, to think rationally and to deal effectively with his environment".

Deze opvatting staat in tussen die van William Stern (1921) met zijn zg. „levensintelligentie": het zich op doeltreffende wijze aanpassen aan nieuwe omstandigheden, nieuwe problemen en tevens het op doeltreffende wijze gebruiken van deze laatste ter eigen zelfontplooiing, en die van Carp (1947), die intelligentie aanduidt als de begaafdheid ten opzichte van het denken, voelen en willen.

Toch moet worden gezegd, dat bij een veelvuldig gebruik van eenzelfde intelligentie-test, de onderzoeker licht geneigd is om de waarde van deze metings-methode te hoog aan te slaan.

Iets van deze problematiek spreekt ook uit de volgende regelen van WECHSLER: "When a life history (assuming it to be accurate) is in disagreement with the "psychometric", it is well to pause before attempting a classification on the basis of tests alone. Generally it will be found that the former is a more reliable criterion of the individual's intelligence . . . . Inexperienced examiners are likely to over-look this fact, just as psychiatrists tend to over-emphasize it . . . .".

Bij ons onderzoek hadden wij zowel de gegevens van de „life history" als van de intelligentie-test tot onze beschikking.

Mijn voornaamste doelstelling in deze was het classificeren van de neuropathen en de controles volgens een praktische indeling, waarvoor ik de resp. door WECHSLER en TERMAN aangegeven schaal (zie later) heb gebruikt. Het was voor ons namelijk niet zozeer van belang of een volwassen neuropaath een IQ van 97 of van 107 had, maar wel of hij uitgegroeid was tot een al of niet normaal aangepast mens met een slechte, zwakke, normale, goede of zeer goede intelligentie.

Uit de aard der zaak koesterden wij hoge verwachtingen over deze facet der neuropathische persoonlijkheid, omdat litteratuur-studie ons in die richting had gewezen. (GORTER en CORN. DE LANGE.)

GORTER (1948) zegt, dat uit de groep der neuropathe kinderen ook de meest begaafden op bijna ieder gebied uitverkoren zullen worden.

CORNELIA DE LANGE (1946) koestert eveneens hoop op ongebruikelijke prestaties, als zij schrijft: „Indien zij (de neuropathica) er echter in slaagt met haar verstand haar neuropathische aanleg zo al niet geheel, dan toch voor een belangrijk deel te overwinnen, dan zal zij door haar grotere sensibiliteit en grote gevoeligheid voor indrukken, ook in-

tenser van de schoonheden, die het leven ondanks alles toch geeft, kunnen genieten en misschien zelve wat presteren, wat buiten het alledaagse valt".

ASPERGER (1952) meldt daarentegen, dat alle mogelijke graden van intelligentie en begaafdheid te verwachten zijn bij de neuropaath. Toch ruimt hij een belangrijke plaats in voor de uitzonderlijke begaafdheden als hij schrijft: „Es gibt aber eine ganze Anzahl Kinder, bei denen die neuropathischen Symptome von vornherein im Rahmen einer reich differenzierten, seelisch reichen Persönlichkeit stehen und darum auch...., gut beherrscht und oft auch weitgehend kaschiert werden, so dasz die Leistungsfähigkeit, auch die schulische, nicht im mindesten beeinträchtigt erscheint. Ja oft hat man sogar den Eindruck, diese nervösen Symptome seien ursächlich mit den intellektuellen und charakterlichen Vorzügen verbunden, seien den Preis, den ein frühreifes und überfein organisiertes Kind für seine besonderen Fähigkeiten bezahlen musz".

Als wij thans de gegevens, die uit ons intelligentie-onderzoek naar voren zijn gekomen, bezien (tabel), dan valt op, welk een discrepantie er bestaat met de opvattingen van de zojuist geciteerde auteurs.

Gevonden intelligentie quotiënten volgens Terman-Merrill

bij 14 neuropathe schoolkinderen en hun controle-partners (leeftijdsgrenzen 5—9 jaar)

Classificatie intelligentie quotiënten		14 neuropathen	14 controles
Definite feeble mindedness	below — 70		
Borderline	70 — 80		
Dullness	80 — 90		
Normal	90 — 110	13	8
Superior	110 — 120	1	6
Very superior	120 — 140		
Near genius or genius	140 — over		
		14	14

Gevonden intelligentie quotiënten volgens Wechsler-Bellevue
bij 36 neuropathen en hun controle-partners
(leeftijdsgrenzen 13—30 jaar)

Classificatie intelligentie quotiënten		36 neuropathen	36 controles
Mental defective	below — 67		
Borderline	68 — 78		
Dull normal	79 — 90	9	—
Average	91 — 110	16	21
High average to superior ...	111 — 119	8	9
Superior	120 — 127	1	5
Very superior	128 — over	2	1
		36	36

Uit bovenstaande tabellen blijkt, dat de intelligentie-quotiënten van de neuropathen lager liggen dan van de controle-personen.

Ook als wij de IQ's van neuropaath en controle paarsgewijs vergelijken, mogen wij spreken van een significant lager gemiddeld quotiënt bij de neuropaath. Statistisch werd voor de berekening gebruik gemaakt van de symmetrietoets van Wilcoxon; de significantie komt naar voren bij een 5 % drempel. Weliswaar ligt dit gemiddelde niet veel lager (± 5 punten), maar het belangrijkste is, dat de neuropathen niet intelligenter blijken te zijn.

Wij zouden ten aanzien van bovenstaande conclusie de volgende zes punten naar voren willen brengen:

I. Deze uitkomst van het onderzoek heeft ons verbaasd, omdat genoemde auteurs scherpe onderzoekers waren en hun ervaring groot moet zijn geweest.

Wij moeten echter bedenken, dat zij kinderartsen waren en dus de patienten ten hoogste tot hun 13e jaar hebben kunnen vervolgen. Het is juist één van de bedoelingen van deze studie geweest de neuropaath ook op oudere leeftijd te onderzoeken. (Spreiding van 5—9 jaar en van 13—30 jaar; de in de ergste tijd van de oorlog geborenen vallen hier uit, nl. de groep van 9—12 jaar.)

Het heeft ons getroffen, dat wij eveneens bij de jongere kinderen (groep van 5—9 jaar) een zekere „voorlijkheid" op konden merken; ook wij hebben in den beginne dit voor intelligentie aangezien.

Bij nadere observatie echter, waarbij als aanvulling de Kleinkindertest van Bühler-Hetzer (1953) werd gebruikt, bleek dat dit vóór-zijn in ontwikkeling zelden werd teruggevonden in hoge scores bij intelligentie-tests in engere zin. Wèl kon dit vóór-zijn worden verklaard uit de goede motorische en sociale subtests. Wanneer wij dit combineren met de in het vorig hoofdstuk reeds besproken versterkte orale neigingen, dan kunnen wij ons deze ontwikkeling nù enigermate voorstellen: het gericht zijn op het, eerst reëel, later meer geestelijk voedsel, geeft deze kinderen een gretigheid naar belevingen en een alertheid in reageren, die in de vroege jeugd een voorsprong geeft.

Ook Fenichel (1955) wijst op de invloed van het „oral erotism" op de intelligentie: "By displacement of the constellation "hunger" to the mental field, curiosity may become an oral trait of character, and under certain conditions assume all the voracity of the original oral appetite. The means employed to quench curiosity, in particular reading as a substitute for eating, seem to represent specifically an oral-sadistic incorporation of alien objects, sometimes of feces.... Correlated with reading there is frequently an intense inquisitiveness, a spasmlike, voracious looking that can be recognized as a substitute for gluttony".

Het is begrijpelijk, dat de jonge neuropaath met zijn versterkte orale neigingen, zijn goede motoriek, snelle waar-

neming en vlotte sociale ontwikkeling ons imponeert als intelligent, zonder dat hier sprake van behoeft te zijn.

II. Wij moeten rekening houden met de mogelijkheid, dat de wat lagere intelligentie-quotiënten van onze patientengroep mede verklaard zouden kunnen worden uit het feit, dat de neuropathen en vooral de spugers onder hen, in hun zuigelingenperiode een ernstige graad van atrophie hebben doorgemaakt. Deze atrophie kan het cerebrale weefsel schade hebben berokkend, waardoor de verdere ontwikkeling niet op de normale wijze zou hebben kunnen plaats vinden. Afgezien van de invloed, die dit op de totale ontwikkeling van het kind zou hebben gehad, is het mogelijk dat ook de intelligentie hieronder geleden zou hebben.

Zoals bij de uitkomsten van het onderzoek (hoofdstuk III, blz. 43) reeds vermeld werd, zijn er bij onze neuropathengroep 6 patienten, die een belangrijke atrophie hebben doorstaan. Bij deze 6 kon een verband met een algemeen gestoorde ontwikkeling èn een laag IQ niet worden opgemerkt. Het gemiddelde IQ van deze 6 pubers (99.8) wijkt niet belangrijk af van het gemiddeld IQ der 36 „volwassen" neuropathen (102.8). Niettemin kan men zich de vraag blijven stellen, hoe veel meer van de intelligentie-ontwikkeling van deze kinderen terecht zou zijn gekomen, als zij als zuigeling niet atrophisch waren geweest.

III. De vraag doet zich voor of de sociale en intellectuele milieus van de neuropathen hoger hebben kunnen liggen dan van de controles. Dit zou hebben kunnen veroorzaakt, dat de neuropathen een kleinere sprong zouden hebben moeten maken om op hetzelfde opleidingsniveau te komen als de controles.

Weliswaar is de keus der controles bepaald geweest door het sociale milieu èn de opleiding, maar het is toch denkbaar, dat deze sociale milieus bij de neuropathen over de gehele

linie en tegen de bedoeling in wat hoger zijn uitgevallen. Het is in het algemeen nl. zeer goed denkbaar dat het sociale milieu de intelligentie in gunstige of ongunstige zin beinvloedt. Men zou uiteraard van een psycho-technisch onderzoek wensen, dat men het intelligentiepeil kon meten onafhankelijk van sociale invloeden. Dit is evenwel nog niet bereikbaar.

Bridges en Coler (1917) wijzen al reeds op dit probleem: "Our results corroborate the conclusions of Binet in France, Hoffmann in Germany and Yerkes et al. in the United States: "that there is a very considerable dependence of intelligence upon sociological condition. We have further shown that when children are classified according to the occupations of their father, a striking correlation is shown between intelligence-quotient and occupation group. Hence, if mental age rather than chronological age were used to determine the time for beginning school, the children of the professional group for example, would begin school two years earlier than the children of the unskilled labor group, for the former mature intellectually much earlier than the latter.... The superiority of the better classes is most evident in tests that involve higher mental processes like analysis and abstraction; but it is also shown to a lesser extent in sensory motor functions".

In verband met de zojuist genoemde vraag (blz. 82) hebben wij met de statisticus de milieus van neuropathen en controles paarsgewijs vergeleken. De criteria voor een *gelijk*, een *beter* of een *slechter* milieu hebben wij laten bepalen door de intellectuele aspecten. Wij hebben in aanmerking genomen het beroep van de vader, de opleiding die hij had genoten, eventueel ook die, niet direct betrekking hebbende op zijn beroep, en het levens-intelligentiepeil van de moeder. Wij zijn ons ervan bewust, dat dit slechts één aspect van de zo gecompliceerde factor „milieu" is, doch in verband met de vraagstelling leek ons deze facet de belangrijkste.

Wij kwamen zo tot de volgende verdeling:

Milieu van de neuropaath beter dan van de controle	Milieu gelijkwaardig	Milieu van de neupaath slechter dan van de controle
8	24	4

Totaal 36 „volwassen" neuropathen en controles

De meeste milieus zijn dus als gelijkwaardig te kwalificeren. Over de verdeling der milieus, die daarbuiten vallen, is statistisch niet veel te zeggen, al wijst deze in de richting van iets betere intellectuele achtergronden bij de neuropathen.

Daarnaast hebben wij getracht te beoordelen, welke sociale en intellectuele sprong het kind t. o. v. het ouderlijk huis heeft gemaakt en ook hier hebben wij de „sprong" van de neuropaath stuk voor stuk vergeleken met die van zijn controle. De opleiding en beroep van het kind werden afgewogen tegenover opleiding en beroep van de vader en het levens-IQ van de moeder.

Samenvattend:

Milieu-sprong van de neuropaath groter dan van controle N. > C.	Milieu-sprong van de neuropaath en controle bij benadering gelijk N. $\eqsim$ C.	Milieu-sprong van de neuropaath kleiner dan van controle N. > C.
3	21	12

Hieruit blijkt, dat de meerderheid een bij benadering gelijke vooruitgang t. o. v. het ouderlijk milieu heeft gemaakt. Drie neuropathen wisten een relatief grotere vooruitgang te bewerkstelligen dan hun controles, terwijl omgekeerd 12 controles het verder brachten dan hun partner-neuropathen. Deze verdeling van 3 tegenover 12 buiten de N. $\simeq$ C., laat statistische bewerking nauwelijks toe. Wel mag men spreken van een tendenz ten gunste van de controle-personen.

Samenvattend kunnen wij zeggen, dat in deze groep de controle-personen de indruk maken een grotere intellectuele en daarmee sociale vooruitgang t. o. v. hun ouderlijk milieu te bewerkstelligen. Dit strookt met onze metingen, waarbij de controles intelligenter bleken dan de neuropathen.

IV. Er bestaat nog de mogelijkheid, dat door de keuze van de controles er onbewust een selectie t. a. v. de intelligentiefacet is ingeslopen. Deze controle-personen moesten het inzicht opbrengen om als gezonde mensen zich vrijwillig aan het onderzoek te onderwerpen. Dit inzicht is mede afhankelijk van een goede intelligentie. Van de volwassen neuropathen moest echter ten minste hetzelfde inzicht worden gevergd. Een band met de polikliniek-arts, waaruit een bereidheid tot het onderzoek zou voortvloeien, bestond niet meer. Ook bleken de neuropathen vaak bereid om zelf hun controlepartners uit te zoeken. Dit stelde vanzelfsprekend nog extra eisen aan hun vertrouwen en inzicht in de situatie. Het verschil tussen controles en neuropathen in dit opzicht kan dus niet van grote betekenis zijn.

V. Wèl is van selectie sprake bij de keuze van controlepersonen boven de 13 jaar. Daar is gelet op een gelijkwaardige opleiding of werkkring. Het was eenvoudiger geweest, wanneer wij ons uitsluitend hadden kunnen bepalen tot het kiezen van het gelijke sociale milieu. Immers juist op het gebied van de intelligentie-facet, waar onze belang-

stelling naar uitging, brengt zulk een controle-keuze een selectie met zich mee, die in beginsel de verschillen vervlakt of zelfs te niet kan doen.

Het is dan ook om andere redenen geweest, dat wij tot deze controle-keuze zijn gekomen. Het bleek nl. dat in de praktijk de eenmaal onderzochte neuropaath steeds bereid was een controle-vriend(in) aan te wijzen en ons bij hem (haar) te introduceren. Hierbij stuitten wij juist bij de oudere kinderen steeds op controle-partners, die eenzelfde opleiding genoten of eenzelfde werkkring hadden. Wij hebben daarop van deze nood een deugd trachten te maken door consequent ook alle controles op dezelfde basis te kiezen. Het voordeel hiervan was dat de milieu-factoren die samenhangen met de opleidings- of beroepskeuze van het kind, nu ook gelijk waren, waardoor op zichzelf de kinderen als eigen structuren meer genuanceerd naar voren konden komen. Voor vrijwel alle facetten die wij hebben willen belichten, was deze meer-gelijke achtergrond van groot belang, behalve voor het intelligentie-onderzoek. Aanvankelijk hadden wij dan ook gedacht onze metingen en waarnemingen op dit gebied als niet van waarde te moeten beschouwen, totdat bleek, dat ook hier significante verschillen naar voren traden. Nu nl. naar voren komt, dat de IQ's der neuropathen significant lager liggen dan die van de controles en de tendenz blijkt, dat het zeker *niet* de neuropathen zijn, die een grotere „intellectuele sprong vooruit" hebben gemaakt, mogen wij van de veronderstelling uitgaan, dat deze betrekkelijk kleine verschillen bij een andere keuze van controle-personen (nl. alleen gekozen uit hetzelfde sociale milieu) nog duidelijker naar voren zouden zijn gekomen.

VI. De litteratuur wijst behalve op de goede intelligentie ook op de artistieke begaafdheid, waar neuropathen rijker mee bedeeld zouden zijn. Inderdaad troffen wij in 3 gevallen hier iets van aan. Twee volwassen neuropathen wijdden zich intensief aan muziek en één schilderde landschappen voor

familie en vrienden, die er erg verrukt over waren. De artistieke waarde leek mij echter niet groot.

Het niveau van musiceren is beter te beoordelen en stond voor beide gevallen betrekkelijk hoog.

Bij de controles kwam één jongen voor, die knutselde met leer- en snijwerk. Deze tekenaanleg kwam hem bij zijn opleiding tot banketbakker goed van pas, maar m. i. werd het peil der kunst er niet mee bereikt.

Uiteraard is de beoordeling van deze soort begaafdheden niet tot een exact peil terug te voeren. Wanneer wij het aan de veilige kant nemen, zijn er dus 2 neuropathen met een bijzondere muzikale begaafdheid tegenover 0 bij de controles. Op 36 pubers en volwassenen genomen, is dit misschien al een niet te verwaarlozen aantal, maar het zijn te kleine getallen om ook maar enigerlei conclusie te mogen trekken.

Dit hoofdstuk over de intelligentie samenvattend mogen wij van de onderzochte 50 neuropathen en 50 controles het volgende zeggen:

1e. De neuropathen zijn niet intelligenter.
2e. De neuropaath in de zuigelingen- en kleuterleeftijd maakt een „pientere" indruk. Dit berust echter niet op een betere intelligentie, maar op zijn goede motoriek, snelle waarneming en vlotte sociale ontwikkeling.

Van een grotere artistieke begaafdheid bij de neuropathen bleek uit ons onderzoek te weinig om conclusies te kunnen trekken.

HOOFDSTUK VI

HET ENURESISPROBLEEM BIJ NEUROPATHEN

Verschillende auteurs zien verband tussen neuropathie en enuresis.

Cornelia de Lange (1946) verwacht voor de verre toekomst goede en zelfs bijzondere mogelijkheden voor de neuropaath, maar voor kleuter- en schoolleeftijd voorspelt zij een grote hoeveelheid tegenslagen, waaronder zij „het late zindelijk worden" met name noemt.

Asperger (1952) gaat zelfs zover, dat hij enuresis bij het neuropathe (kleuter)beeld betrekt. „Fast immer ist die Enuresis nur ein Symptom im Rahmen eines neuropathischen Zustandsbildes, freilich von ganz verschiedener Intensität und Qualität". Als oorzaak hiervan geeft hij: „Bei vielen dieser Kinder zeigt sich die konstitutionelle Verankerung deutlich: fast die Hälfte der Fälle weist eine gleichsinnige Heredität auf; bei vielen Kindern findet man Genitalhypo- und Dysplasien, oft auch einen Kryptorchismus, was deutlich auf eine anlagemäszige Abartigkeit des Urogenital-systems hinweist". Ook de m. i. niet specifiek neuropathische oorzaken van enuresis betrekt hij hierin, als hij wijst op de spina bifida occulta, de conditionele momenten als veel drinken, natte voeten, koorts, na pyurie en psychische factoren als „schreckhafte Einzel-Erlebnisse, besonders aber Angst als Dauerzustand oder ein andersartiger seelischer Druck".

Wat mogelijk wel meer typisch voor de neuropaath geldt is het volgende: „In manchen Fällen scheint auch eine eigenartige vegetative Steuerung der Harnausscheidung das Bettnässen zu begünstigen, in dem Sinne nämlich, dasz in der Nacht ungleich mehr Harn produziert wird als bei

Tag; das Kind braucht also über Tag kaum das Klosett aufzusuchen, bei Nacht aber „schwimmt es" in groszen Harnmengen, welche dann von der Blase einfach nicht zu beherrschen sind".

GORTER (1948) daarentegen waarschuwt juist voor de fout enuresis of encopresis zonder meer bij het neuropathe beeld te betrekken. „Evenals bij alle andere verschijnselen van deze constitutie-anomalie wordt de ontwikkeling van deze afwijkingen door slechte voeding zeer bevorderd, en kan omgekeerd door een verstandige leiding het ontstaan ervan voorkómen worden. Maar men bedenke steeds, dat er tal van andere oorzaken voor deze enuresis of encopresis kunnen bestaan en dat daarnaar moet gezocht worden, voordat men de neuropathie alleen de schuld geeft".

Met deze laatste opvatting kan ik mij het meest verenigen. Bij ons onderzoek kwamen de neuropathen niet met meer gevallen van enuresis nocturna voor de dag dan de controlepersonen. Respectievelijk bleven 5 en 6 kinderen 's nachts niet droog, terwijl zij toch reeds 6 jaar of ouder waren. Legt men het criterium enuresis nocturna bij 4 jaar, dan wordt de verhouding neuropathen-controlekinderen 6 tegenover 7.

Dit aantal gevallen op de 50 neuropathen en 50 controlekinderen, omgerekend voor jongens en meisjes, verschilt niet in belangrijke mate van de percentages die HALLGREN vindt bij het onderzoek van 2.000 Zweedse schoolkinderen van 7 jaar. In deze publikatie, waar de grens bij 4 jaar is gelegd, wordt een percentage van 7.3 % ± 0.9 % voor meisjes en 12.2 % ± 1 % voor jongens gevonden. De verschillen met onze bevindingen zijn niet significant.

Ook in de 50 families onzer neuropathen kwamen niet meer enuresis-lijders voor dan bij de 50 families van de controle-personen (resp. 10 tegenover 11 gevallen).

Wij moeten ons natuurlijk afvragen, hoe deze discrepantie met vooral ASPERGER's bevindingen te verklaren is. ASPERGER is „Leiter der Heilpädagogischen Abteilung der Wiener

Universitäts-Kinderklinik" en in zoverre moet hij dus wel van wezenlijk ander materiaal uitgegaan zijn dan wij. Het is mij trouwens bekend, dat hij voornamelijk wat oudere psychisch gestoorde neuropathe kinderen in behandeling heeft.

Hier ligt dus een groot verschil met de door ons onderzochte patienten, die immers uitsluitend op hun zuigelingen-neuropathie zijn geselecteerd. De meesten van hen zijn nadien niet meer in contact geweest met de polikliniek, die zij eens als baby of als jonge kleuter hadden bezocht. Velen van hen hadden zelfs weinig meer de medicus nodig en bereikten dus zeker niet het stadium van de specialist, i.c. de kinderarts.

Bij deze minder gestoorde groep neuropathen vinden wij evenveel enuretici als bij de controle-groep.

Als wij eens nagaan, hoevelen het presteren om *vroeg*, d. w. z. met 1½ jaar dag en nacht en *gemakkelijk*, d. w. z. in een sfeer van welwillendheid, zindelijk te worden, dan staan ook hierin de patienten en controle-groep gelijk (resp. 22 van de 50 neuropathen tegenover 24 van de 50 controle-kinderen).

Dit neemt niet weg, dat het ons toch moet treffen, dat deze zindelijkheidstraining zo betrekkelijk ongestoord verloopt, terwijl voor het overige de neuropaath op die leeftijd een rijke schakering aan gedragsstoornissen toont. Wij noemen bv. de Trotzphase en de rivaliteits-conflicten, welke voor het neuropathe kind grote struikelblokken zijn (zie hoofdstuk Prognose).

Vanwaar dit rustpunt temidden van de woelige zee der neuropathe kleuterjaren?

Een sluitende verklaring hiervoor valt niet te geven. Toch zijn er enkele aanwijzingen, die ons mogelijk wat verder brengen.

Wij zijn tot nu toe weinig ingegaan op het zg. vóór-zijn van de neuropathe zuigeling, omdat deze voorsprong voornamelijk op een motorische propulsie berust en weinig stand kan houden door de jaren heen. Toch verdient deze motoriek

wel meer onze aandacht en wellicht ook juist in verband met het hier gestelde.

Mocht de neuropaath een bepaalde motorische begaafdheid zijn beschoren, dan zal deze ook bij het aanleren der sphincter-beheersing hem goede diensten kunnen bewijzen. In zoverre zouden wij zelfs een apart vooruit-zijn in dit opzicht mogen verwachten, ware het niet, dat de hele zindelijkheidstraining een veel complexer gebeuren is dan alleen het aanleren van een spierbeheersing. Over veel fronten mogen wij de neuropaath zwakker veronderstellen, zodat wij met een „normale" prestatie wat dit betreft, d. w. z. normaal tegenover de controles, al zeer tevreden mogen zijn.

De correlatie tussen enuresis en lage intelligentie quotiënten ontbreekt. Zowel bij de neuropathe als bij de controle-enuretici komen hoge en lage IQ's voor. Deze bevinding is in overeenstemming met de opvattingen uit de moderne litteratuur.

Bertil Hallgren (1956) zegt in dit verband: "There is no significant difference between the group of enuretics and that of non-enuretics as to the intellectual level as assessed by special group tests".

Ook overigens is men het in de moderne litteratuur er over eens, dat het gemiddelde intelligentiepeil van enuretische kinderen overeenstemt met dat van de algemene bevolking (Anderson, Hubert, Addis, Weiss, Stockwell and Smith, Backus and Mansell, Kanner, Hodge en Hutchings).

De enkele schrijvers, die verschillen vinden ten ongunste van de enuretici (Wendt, Schachten en Cotte) zijn uitgegaan van geselecteerd materiaal, d. w. z. van kinderpsychiatrische cliëntèle.

HOOFDSTUK VII

HET BEGRIP NEUROPATHIE

Het klinische begrip

Het neuropathisch syndroom is een klinisch begrip, waaronder de ene medicus niet geheel hetzelfde verstaat als de andere. Dit klinische begrip heeft waarschijnlijk door de jaren heen stand gehouden, omdat een niet scherp af te grenzen symptomengroep bij zuigelingen en kleuters om een naam vroeg. De term „neuropathie", in zijn vage algemeenheid aangevend dat de oorzaak van de afwijking in het zenuwstelsel moet worden gezocht, leende zich uitstekend voor deze praktische behoefte.

Aangezien het sterk subjectief-intuïtieve element bij een klinisch begrip vaak van essentiëel belang is, was het de vraag of bij een zuiver verstandelijk samengesteld extract uit de litteratuursymptomatologie een syndroom naar voren kwam, dat nog enig verband had met de neuropathe zuigelingen en kleuters, zoals wij die in de kliniek te zien krijgen. Het bleek wel degelijk mogelijk een theoretisch gemiddelde op te stellen, waarmee dus vrijwel iedere auteur zich zou kunnen verenigen, en waar tevens in de praktijk de zuigelingen, die op ons en vele anderen subjectief de indruk van neuropaath maakten, mee vielen te classificeren (zie hoofdstuk I, deel II).

Voor ons was dit een aanwijzing, dat het neuropathische syndroom bij nadere beschouwing niet uitsluitend een „vergaarbak" was voor ons niet-weten, zoals wel eens wordt verondersteld, maar dat een symptomatologie was op te

stellen, die recht had op de kwalificatie van een *werkelijk klinische eenheid*, waarmee een *klinisch begrip* werd omlijnd. Hiermede is de essentie van de neuropathie echter nog niet gevat.

Zoals reeds eerder gezegd is ons onderzoek daarop niet ingesteld geweest. Als wij dus straks, na enige meningen uit de litteratuur weergegeven te hebben, tot een formulering van het begrip komen, dan onderscheiden wij ons dus niet van vorige schrijvers, die eveneens op grond van hun praktische ervaringskennis getracht hebben deze begripskwestie te benaderen.

Wij zien ook hier, evenals bij de litteratuur over de symptomatologie, dat ondanks veel persoonlijke kleinere verschillen, men het in grote lijnen wel met elkaar eens kan worden.

Gorter (1948) is de meest positieve in zijn uitspraak als hij schrijft: „Het staat vast, dat de neuropathie een aangeboren erfelijke afwijking is".

Schultz (1928) wijst eveneens op de aanlegsfactor, als hij een definitie geeft van de constitutionele nervositas, waaronder hij ook het neuropathische beeld blijkt te rekenen: „Unter dem Stichwort der „konstitutionell Nervösen" werden die *konstitutionell* Abartigen zusammengefasst, deren *genotypische* Eigenart die ausgesprochenen psychopatischen oder physiopatischen Krankheitstypen qualitativ oder auch nur quantitativ nicht erreicht, die Fälle, die nach Ausschluss der charakteristischen psychopathischen und der klar umschriebenen physischen Konstitutionsanomalien übrig bleiben".

De opvatting van Cornelia de Lange (1946) over het neuropathie-begrip valt uit haar verschillende losse opmerkingen over dit onderwerp samen te stellen. Het blijkt dat zij, wat het wezen betreft, „de neuropathie een aangeboren verhoogd reactievermogen van sommige gebieden van het centrale zenuwstelsel" acht.

Veel schrijvers hebben het probleem wat bij de neuropathie aan aanleg en wat aan milieu-invloeden te wijten zou zijn onontwarbaar gevonden. Immers de „neuropathe" ouders

zullen, behalve erfelijk, ook qua milieu het jonge kind belasten.

Homburger (1926) echter wijst op een belangrijke waarneming, die enige verheldering in dit probleem brengt: „Nun ist es zweifellos richtig, dasz nervöse Kinder sehr häufig nervöse Eltern haben, und dasz deshalb die Entscheidung schwer fällt, ob falsche Gewöhnung oder Vererbung vorliegt. Es sind aber keineswegs stets die Mütter, welche die Träger der nervösen Anlage sind. Auch Kinder, die von nervösen Vätern und nicht nervösen Müttern abstammen, können von frühesten Alter an nervöse Zeichen darbieten, die sicher nicht die Folge falscher Behandlung sind".

De „nervöse Kinder", die Homburger hier noemt, beschrijft hij in hun gedrag als zuigeling precies volgens het beeld, waar wij de neuropathie onder willen rangschikken en zijn waarneming in deze kunnen wij qua indruk onderschrijven.

Ook Asperger (1952) in zijn verhandeling over de neuropathie blijkt het hier mee eens te zijn. „Ein Beweis dafür (d. w. z. „anlagemäszig bedingt") ist uns die Tatsache, dasz man die nervösen Züge, wenn man nur genau zusieht, schon bei den jüngsten Säuglingen feststellen kann, dasz die sich, wie uns gut beobachtende Mütter versichterten, schon beim ersten Schrei des Kindes äuszern können ....".

In zijn definiëring van de neuropathie ruimt Asperger echter ook een plaats in aan de verworven vorm. Evenwel niet zoals de meeste pediaters (o. a. Plantinga (1950), Czerny (1928)) door te wijzen op de neuropathisering door het milieu, maar op de volgende wijze: „So ist es denn unsere Überzeugung, dasz die letzte Ursache aller neuropatischen Störungen in einer Überregbarkeit des Nervensystems, vor allem des vegetativen Systems zu suchen ist, welche in den meisten Fällen Anlagemäszig bedingt ist, in manchen Fällen aber auch durch organische, erworbene Hirnstörungen, hauptsächlich Enzephalitiden, aufgelöst sein kann".

Deze laatste opvatting zal ongetwijfeld een kern van waarheid bevatten, doch wij hebben deze beelden niet gezien.

Het begrip neuropathie

Onze opvatting is, dat het wezen van de neuropathie bestaat uit een overprikkelbaarheid van het vegetatieve zenuwstelsel.

Voorts dat de neuropathie een diathese is, d. w. z. dat hier sprake is van een bepaalde aanleg, waardoor men gepraedisponeerd is voor bepaalde „ziekten" en/of gedragspatronen.

Naar onze mening is het goed een onderscheid te maken tussen wat wij zouden willen noemen de *„echte" neuropathie*, waar sprake is van een aanleg en het *neuropathisch syndroom*, dat verkregen is. Dit neuropathisch syndroom valt bv. waar te nemen bij zuigelingen, die langere tijd ondervoed zijn geweest, bij jonge kleuters onder invloed van een sterk neurotiserend milieu en bij gevallen van „organische, erworbene Hirnstörungen, hauptsächlich Encephalitiden", volgens ASPERGER.

Alleen een nauwkeurig onderzoek over de ontwikkeling van het kind met een neuropathisch syndroom zou dan aan het licht kunnen brengen of hier van een aanleg sprake is of niet.

Over de invloed van de herediteit op de neuropathie hebben wij ons geen indruk kunnen vormen. Weliswaar komen er naar alle waarschijnlijkheid meer psychiatrische ziekten in de familie van neuropathen voor en ligt het percentage nerveuze moeders bij de neuropathen veel hoger dan bij de controle-personen, doch aangezien een volledig familieonderzoek ontbreekt, kunnen wij ons geen oordeel over dit probleem vormen.

Neuropathe persoonlijkheidsstructuur

Wat betreft de persoonlijkheidsstructuur van de neuropaath kunnen wij het volgende naar voren brengen:

Het is ons, evenals ASPERGER, opgevallen, dat de verschillen in de persoonlijkheidsstructuren zeer groot zijn. In de bovenbouw der persoonlijkheid, bepaald door intelligentie, karakter

en psychomotoriek is m. i. ook geen gemene deler aan te wijzen.

Aangezien hier echter sprake zou zijn van een neuropathe *aanleg,* die zich in het begin vrij uniform manifesteert, na enkele jaren zich duidelijk individueel nuanceert om na één decennium reeds te „verdwijnen", lag het voor de hand niet in de bovenbouw maar in de diepere lagen der persoonlijkheid de gemeenschappelijke trekken op te sporen. Iets gemeenschappelijks aan te wijzen in de diepe lagen als driftleven en temperament is evenwel zeer moeilijk en moet met de nodige reserve geschieden.

Toch geloof ik te mogen zeggen, dat bepaalde facetten van het driftleven een configuratie tonen, die bij alle neuropathen naar voren treedt, nl.: een accentuering van het oraal-erotische en, zij het minder uitgesproken, ook van het egoïstische driftleven. De zeer vele en moeilijk te bevredigen orale eisen, de neiging tot frustratie en fixatie in deze periode, naast de duidelijk narcistische componenten, die zich enkele jaren later manifesteren in een verhoogde kwetsbaarheid, kwamen reeds in het betreffende hoofdstuk ter sprake.

Wat het temperament betreft valt vaak een verschuiving naar de manische zijde op te merken, welke verschuiving aan de eisen door het driftleven gesteld de kleur van een zekere ongeremdheid geven. Dit hypomane temperament is niet zo'n algemeen voorkomend verschijnsel als de orale accentuering in de driftstructuur van de neuropaath.

Deze versterkte orale neigingen en narcistische componenten oefenen natuurlijk hun invloed uit op de karaktervorming, psychomotoriek en intelligentie-ontplooiing. Er zijn dan echter zoveel individuele variaties mogelijk, dat een diagnostisering op volwassen leeftijd van bv. een neuropaath karakter tot de onmogelijkheden behoort.

Verband nevositas-neuropathie

Zo is dan ook de in de praktijk vaak gebezigde opmerking, „neuropathe kinderen hebben neuropathe ouders" weinig

gelukkig gekozen, omdat niemand precies zou weten, wat met een neuropathe volwassene wordt bedoeld. Wil men hiermee echter zeggen, dat deze kinderen nerveuze ouders hebben, dan kunnen wij ons een wat betere voorstelling van deze opvoeders maken. Daarmee wordt echter het vraagpunt aangesneden in hoeverre neuropathie en nervositas identiek zijn. Het is dit probleem van het al-dan-niet identiek zijn dezer klinische beelden, dat ons bijzonder heeft geïnteresseerd.

In de litteratuur worden beide begrippen vaak voor elkaar gebruikt.

Hamburger (1939) stelt zonder omwegen allerlei begrippen gelijk, als hij schrijft: „Schon dem Säugling, ja dem Neugeborenen oft, kann man die nervöse Veranlagung = Nervosität = Neuropathie = Neurasthenie anmerken".

Homburger (1926) geeft in een hoofdstuk over „Die Nervösen" dit beeld voor de zuigeling, zoals wij een neuropathe baby zouden willen aanduiden: „Das früheste Zeichen ist ein Mangel an jenem eigenartigen Behagen, durch welches das normale Kleinkind sich auszeichnet, ... es hat eine Überempfindlichkeit gegen Oberflächereize; Geräusche und Lärm, wogegen gesunde Kleinkinder sehr wenig empfindlich sind ... Die Überfülle, die Hast und die Heftigkeit seiner Bewegungen, die Lautheit und Dauer seines Schreiens machen den Eindruck der Nervösen".

En zoals al eerder aangetoond, gebruikt ook Asperger beide begrippen door elkaar. Wanneer hij de neuropathie beschrijft, vermeldt hij .... „dasz man die nervösen Züge wenn man nur genau zusieht, schon bei den jüngsten Säuglingen feststellen kann ....".

In de engelse litteratuur wordt het neuropathe beeld als geheel weinig omschreven en gaat men meer in op de symptomen apart. Het neemt niet weg, dat men dan de term „nervous child" regelmatig tegenkomt.

Van franse zijde wordt naast „neurose" het begrip „neuropathie" ingevoerd, waaronder men evenwel tal van psychopathologische beelden rekent.

In de duitse en nederlandse litteratuur wordt de term neuropathie in zijn engere betekenis gebruikt. Een scherpe afscheiding tegenover nervositas is niet aangegeven.

Schultz (1928) splitst in overeenstemming met Koch, Krafft-Ebing, Aschaffenburg, en Von Stier de nervositas in een lichamelijk en psychisch syndroom. De lichamelijke symptomen duidt hij als „neuropathische Erscheinungen", en de psychische als „psychopathische Erscheinungen". Zeer veel van wat wij onder het neuropathische beeld hebben verstaan, is terug te vinden in zijn opsomming over „neuropathische Eigenheiten". Ons bezwaar is evenwel, dat de psychische verschijnselen als het alert-zijn, opmerkingsvermogen, het gauw gekwetst zijn en dergelijke er teveel uit zijn weggeschoven naar de „psychopathische Eigenheiten".

Wij hebben daarom bij het formuleren van de vragen naar de nervositas, die wij aan de moeders van neuropathen en controles wilden stellen, ons liever gewend tot Carp (1947). Deze auteur heeft het beeld van de nervositas duidelijk omschreven, waarbij hij het eens bleek te zijn met Schultz, zonder zijn indeling te willen overnemen, en met Homburger, van wie hij zijn drie criteria (erhöhte Erregbarkeit, geringe Gesamtleistungsfähigkeit und geringes Ausgleichvermögen) in de symptomatologie opnam.

Nervositas en neuropathie vallen in de *kleutertijd* samen wat betreft de motorische onrust en slaapstoornissen, maar divergeren wat betreft de overige symptomen. Daarom is het mogelijk onderscheid te maken tussen neuropathe en nerveuze kleuters. Deze scheiding valt in de *schoolleeftijd* reeds veel moeilijker waar te nemen omdat enkele symptomen, zo typisch voor het jonge kind, dan zeldzamer wordt waargenomen, bv. jactatio capitis en laryngospasmus.

In de *puberteit* „verdwijnt" volgens vele auteurs de neuropathie. Wij vroegen ons af of dan niet de nervositas daarvoor in de plaats was getreden. Laat men nl. alle typische symptomen voor de jonge neuropaath uit het beeld weg, dan blijft een groep verschijnselen over, die de nervositas zeer

nabij komt. Op *volwassen leeftijd* zijn beide beelden in het geheel niet meer van elkaar te scheiden.

Wij vonden in onze waarnemingen de volgende bevestigingen voor de hier gestelde hypothese, dat op oudere leeftijd de nervositas de plaats van de neuropathie gaat innemen:

1e. In de kleuter- en schooltijd is de correlatie tussen neuropathie en nervositas zeer groot (zie Methode).

2e. In de puberteit komt bij de neuropathen veel meer nervositas voor dan bij de controles (resp. 12 op de 19 tegenover 3 op de 19 pubers).

3e. Bij de volwassene is dit eveneens het geval, zij het met een gradueel minder uitgesproken verschil (9 nerveuze neuropathen op de 17 tegenover 3 nerveuze controles op 17 volwassenen).

Methode

Wij hebben de nervositas beoordeeld naar een aantal eigenschappen (zie hoofdstuk II, blz. 21). Ieder van deze eigenschappen hebben wij een cijfer gegeven. Met het gemiddelde van deze cijfers hebben wij de graad van nervositas uitgedrukt, waarbij wij tenslotte 3 categorieën, aan te duiden met de tekens

$$+ \quad \pm \quad \text{en} \quad - \quad \text{onderscheiden hebben.}$$

Hierbij bleek, dat de waarderingen der 3 clinici*) met gebruikmaking van de 3 categorieën elkaar nagenoeg geheel dekten, zôdat deze methode statistisch zeer goed bruikbaar was.

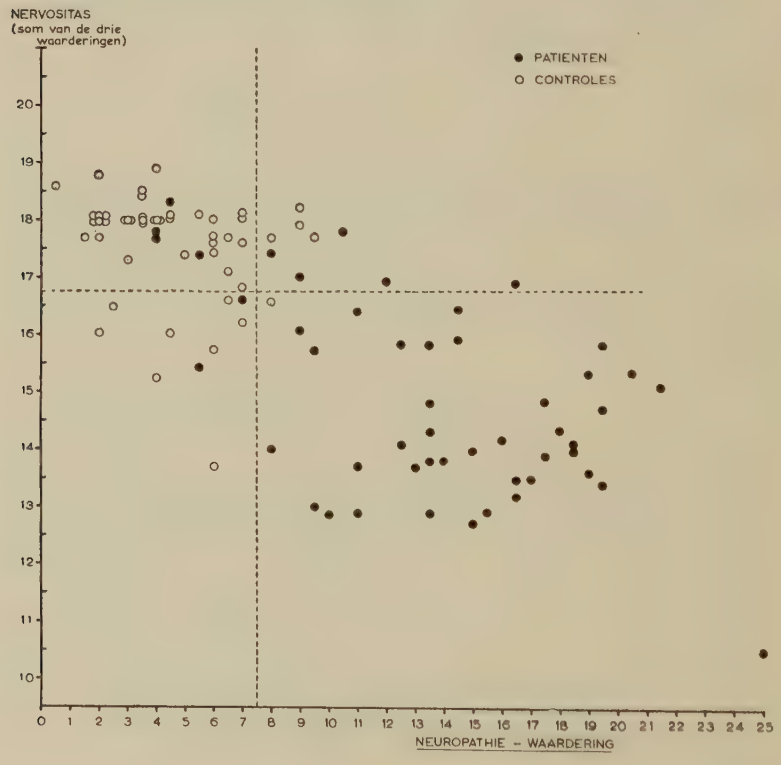
---

*) Professor VEENEKLAAS en de beide onderzoekers.

De resultaten zijn in onderstaande tabel weergegeven.

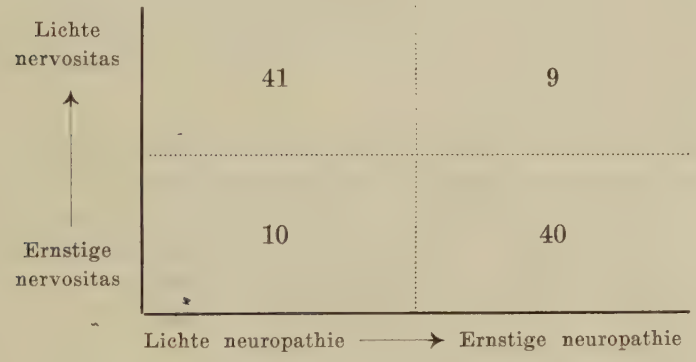
50 Neuropathen	50 Controle-personen
Nervositas als kleuter	Nervositas als kleuter
6 —	39 —
16 ±	10 ±
28 +	1 +
50	50

Het treft dat een duidelijke correlatie tussen beide beelden bestaat. Deze samenhang komt in de volgende grafiek nog op andere wijze aan het licht.



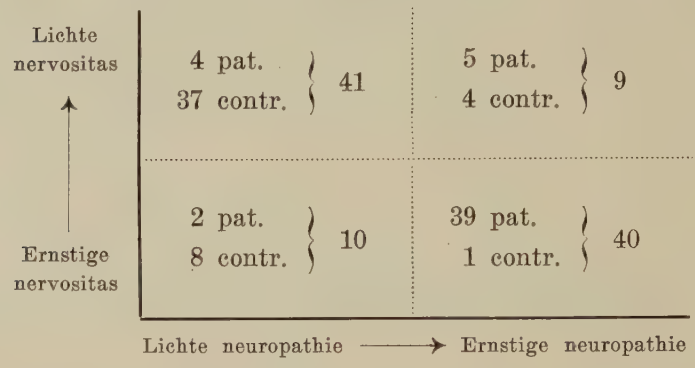
Langs de horizontale as zetten wij de neuropathie-waardering uit, lopende immers van 0—25 (zie hoofdstuk Uitkomsten), terwijl langs de verticale as de som van de cijfers der drie nervositas-waarderingen werd aangegeven. Wij hebben daarbij de ernst van de nervositas langs de verticale as laten afnemen. Een maximaal nerveus kind kreeg van ons een 3, een maximaal stabiel-evenwichtig kind kreeg een 7 als waarderingscijfer. De som van de cijfers der 3 clinici loopt dus van 9 tot 21. Dit is een gebied van 12 eenheden. Teneinde deze 12 eenheden tegenover de 25 van de neurotpathie in de grafiek beter tot uitdrukking te laten komen, hebben wij deze verdubbeld. De 50 neuropathen en 50 controles worden in deze grafiek door 100 stippen aangeduid.

Brengen wij in deze puntenwolk een horizontale lijn aan, die de 100 gevallen in 2 groepen van 50 splitst en doen wij dit op dezelfde wijze met een verticale lijn, dan ontstaan 4 quadranten, die de volgende verdeling van gevallen laat zien:



Deze verdeling duidt aan, dat een lichte, respectievelijk ernstige graad van neuropathie correleert met een lichte respectievelijk ernstige graad van nervositas en omgekeerd. Deze correlatie is duidelijk significant (χ^2 toets = 36).

Gaan wij nu na hoe het staat met de verdeling van patienten en controles in deze quadranten, dan ziet het quadrant er als volgt uit:



Hieruit blijkt, dat de 41 gevallen uit het bovenste linker quadrant, die dus corresponderen met een lichte graad èn van neuropathie èn van nervositas, inderdaad voornamelijk door controles worden ingenomen.

De 40 gevallen uit het onderste rechter quadrant, die dus corresponderen met een ernstige graad èn van neuropathie èn van nervositas, worden in praktisch alle gevallen (39) door patienten bezet.

Samenvattend mogen wij zeggen, dat in de kleutertijd de graad van neuropathie ten nauwste samenhangt met de graad van nervositas en dat deze correlatie geldt zowel voor onze 50 neuropathen als voor hun controle-partners.

Wij vragen ons nu het volgende af:

Zou de neuropathie niet een jeugdvorm van nervositas kunnen zijn. Dit hoeft nog niet te betekenen, dat iedere neuropathe zuigeling een neuropaath of een nerveus schoolkind wordt.

Zoals al eerder vermeld, zien wij de ernst der symptomen in de loop der jaren afnemen — bij de één voltrekt zich dit

proces eerder en meer compleet dan bij de ander. Over het algemeen „verdwijnt" het syndroom in het tumult van de 2e individualiseringsphase, de puberteit, om in de volwassen status òf niet, òf wel te voorschijn te komen als een meestal lichte graad van nervositas. Het is natuurlijk mogelijk dat de volwassenen, die zich bij een eerste onderzoek aan ons presenteren, wat betreft de nervositas zich zo'n „mensonge du caractère" hebben aangemeten, dat wij hen als zodanig niet in alle gevallen wisten te herkennen. Het is zeker nodig dit onderzoek naar de identiteit van neuropathie en nervositas te completeren. Op zichzelf zou een nauwkeurige observatie van bv. de motoriek (Ozeretski-test e. a.) noodzakelijk zijn. Ook is het van belang nà te gaan hoe het staat met de vasovegetatieve labiliteit dezer volwassenen. Omgekeerd zou men bij een aanvullend onderzoek kunnen uitgaan van 50 uitgesproken nerveuze volwassenen om te zien, hoe hun ontwikkeling is geweest en met name, hoe zij zich in de allervroegste jeugd hebben gedragen. Eén der moeilijkheden bij een zodanige opzet is ook daar de betrouwbaarheid der katamnestisch verkregen gegevens, die dan meestal niet te verifieren zijn aan een klinische status.

Samenvatting

Zonder in te kunnen staan voor een bewijs dat neuropathie een vorm van nervositas is, komt uit dit onderzoek deze identiteit wèl als suggestie naar voren. In de litteratuur kan men zeker steun vinden voor deze hypothese ofschoon door onnauwkeurigheid beide begrippen vaak door elkaar worden gebruikt. Een nader onderzoek, speciaal op deze facet gericht, is o. i. evenwel noodzakelijk.

HOOFDSTUK VIII

DE PROGNOSE VAN DE NEUROPAATH

Bij de prognosestelling interesseert ons voornamelijk hoe het neuropathe kind zich als geheel ontwikkelt. Deze vraag is moeilijk te beantwoorden, omdat een waardemeter waarmee de hele ontwikkeling kan worden aangeduid, ontbreekt. Wel is het mogelijk een splitsing in enkele grote categorieën aan te brengen, die tezamengenomen een indruk van dat „geheel" kunnen geven.

Zo interesseert ons bv. naast de hele somatische ontwikkeling (zie deel I) de aanpassing aan *binnen-* en *buitenwereld.* Ook hier kan van volledigheid geen sprake zijn en zullen wij ons tot enkele facetten moeten bepalen.

In het volgende schematisch aangeduide overzicht wordt een indruk gegeven over de wijze, waarop wij getracht hebben van 50 neuropathen en 50 controles enig inzicht te krijgen in de zich ontwikkelende persoonlijkheid.

I. *Aanpassing aan geestelijke binnenwereld*

Hier zijn wij afgegaan op eigen observaties en enkele katamnestische gegevens.

a. De moeder-kind verhouding tijdens het eerste levensjaar (katamnestisch).
b. De moeder-kind verhouding ten tijde van het onderzoek (observatie).
c. De graad van innerlijke harmonie van het kind tijdens het onderzoek: neurotisch gedragspatroon, graad van nervositas, in samenhang met de affectieve verhouhoudingen binnen het gezin en tegenover de buitenwereld (observatie).

d. De Szondi-profielen (observatie).
Van alle patienten en controles werden 2 Szondi-profielen afgenomen, één voor en één na het onderzoek. Aangezien men 6 profielen toch wel als het minimum moet beschouwen, had het weinig zin deze gegevens nader in tabellen uit te werken. Wel hebben zij mijn persoonlijke indruk gesteund, wanneer het bv. ging om veel innerlijke spanningen, die achter een goede uiterlijke aanpassing werden verborgen.

e. Intelligentie-test (observatie).
Observatie tijdens het afnemen: neurotische remmingen, aanduidbaar in het testprofiel.

II. *Aanpassing aan buitenwereld*

Hier waren vooral de katamnestische gegevens van belang Daarom werden enkele moeilijke ontwikkelingsklippen als oriëntatiepunten uitgekozen.

a. *Kleutertijd* (katamnestisch):
Reactie op de vrijheid door het kunnen lopen.
Reactie ten tijde van de zg. Trotzphase.
Reacties op de zindelijkheidsdressuur.
Reacties op het krijgen van broertje of zusje. Andere traumatiserende momenten.
Reacties op kleuterschool.

b. *Schooltijd* (katamnestisch):
Sociale aanpassing aan schoolmilieu.
Schoolprestaties.
Traumata en reacties daarop.
Vrije tijdsbesteding.

c. *Ten tijde van het onderzoek* (observatie):
Houding t. o. v. gezin, resp. eigen gezin.
Houding t. o. v. werk, chefs, collega's, vrienden en vriendinnen.

Instelling t. o. v. sexuele problematiek.
Instelling en verwachtingen t. o. v. toekomst.

Naast de katamnestisch verkregen gegevens konden wij uit ons eigen na-onderzoek veel aanvullend materiaal putten. Wij hebben van 50 neuropathen op verschillende leeftijden als het ware momentopnamen gemaakt, welke momentopnamen tezamen een ontwikkelingsfilm vormen, die indrukken geeft over de prognostische aspecten van het neuropathisch syndroom. Ofschoon wij een vrijwel aaneengesloten leeftijdenreeks van 13—30 jaar onderzochten, hebben wij per jaar te weinig kinderen gezien om te kunnen spreken van: *de* neuropaath van 16 jaar toont dit, *de* neuropaath van 25 jaar toont dat gedragspatroon.

Wel kunnen wij onze indrukken geven over de neuropaath in de verschillende leeftijdsphasen en deze telkens vergelijken met de overeenkomstige controle-personen. Achtereenvolgens zullen nu worden besproken de aspecten van de neuropathie in de *kleuterperiode,* de *schoolleeftijd,* de *puberteit* en de *volwassenheid.*

Wij hebben de kleuter- en schoolperiode op andere wijze moeten beoordelen dan de puberteit en volwassenheid, waarbij wij direct zelf konden onderzoeken en observeren.

De kleuterperiode van 50 neuropathen en 50 controles hebben wij katamnestisch gereconstrueerd.

Van de schoolperiode hebben wij ons een indruk gevormd met behulp van:

a. eigen observatie van 14 neuropathe schoolkinderen en hun controles;
b. katamnestische gegevens over de schoolperiode van 36 „volwassen" neuropathen en hun controles.

Methode van beoordeling

Bij de beoordeling van de katamnestische gegevens van kleuter- en schoolperiode hebben wij dezelfde methode van klinische peiling door drie onderzoekers toegepast als bij de

nervositas-bepaling (zie blz. 99). Aan elke reactiewijze op de genoemde phase-moeilijkheden in de kleutertijd (zie onder Aanpassing buitenwereld IIa) werd een waarderingscijfer toegekend, waaruit een gemiddeld cijfer resulteerde.

De waardering der drie klinische onderzoekers verschilde weinig, hoewel de spreiding iets groter was dan bij de nervositasbeoordeling. Er werden wederom drie categorieën onderscheiden, n.l. een *slecht, normaal* of *goed* doorlopen kleutertijd.

Op dezelfde wijze werd de schoolperiode beoordeeld.

Om aan deze beoordelingen meer achtergrond te geven hebben wij kleuter- en schooltijdvergeleken met de prestaties en aanpassingen op volwassen leeftijd, die wij op grond van onze observaties eveneens als *slecht, normaal* of *goed* konden kwalificeren.

Bij paarsgewijze vergelijking van de neuropaath met zijn controle bleek dan dat:

1e. de neuropaath de kleutertijd veel slechter doorloopt dan de controle.

2e. dit verschil in de schooltijd vervlakt.

3e. op volwassen leeftijd de contrasten vrijwel verdwenen zijn.

Deze peilings-methode onderstreepte dus onze waarneming, dat de neuropaath in de loop der jaren zich steeds beter weet aan te passen.

De neuropathe kleuter

Zoals zojuist uiteengezet hebben wij de kleuterperiode van 50 neuropathen en 50 controles beoordeeld volgens de normen slecht, normaal of goed doorlopen.

Om aan te tonen waar precies in de kleutertijd de moeilijkheden voor de neuropaath liggen, geven wij in onderstaande tabel een overzicht van de slecht doorlopen ontwikkelingsphasen van de kleuterperiode zowel van neuropaath als van controle.

De kleuterperiode van 50 onderzochte neuropathen tegenover 50 controles

(De getallen geven aan hoeveel kinderen van deze 50 op de desbetreffende „klip" strandden)

	Neuropathen	Controles
1. Vrijheid door lopen verkregen, misbruikt	8	2
2. Trotzphase	34	6
3. Zindelijkheidsdressuur	10	7
4. Trauma (broertje)	20	4
5. Kleuterschool-aanpassing	15	8

De verschillen bij de punten 2 en 4 zijn significant; punt 5 geeft een tendenz aan ten ongunste van de neuropathen.

Het blijkt dat de neuropaath voornamelijk op 2 klippen strandt:

1e. de Trotzphase;
2e. de concurrentie in het gezin (broertje of zusje).

Het lijkt dus wel alsof de neuropaath bij elke nieuwe aanpassingsphase verstek laat gaan: eerst aan zichzelf (Trotzphase), dan aan de rivaal in het gezin en tenslotte maakt hij ook een redelijke kans om verstek te laten gaan in zijn aanpassing aan de rivaal buitenshuis (kleuterschool).

De zindelijkheidstraining daarentegen geeft bij onze patienten niet meer strubbelingen dan bij de controles.

Het neuropathe schoolkind

Het maakt de indruk, dat het neuropathe schoolkind bezig is de retardatie, die in de kleutertijd zo duidelijk naar voren treedt, wat in te halen, doch dat hem dat nog niet helemaal lukt.

In dit verband doet het misschien vreemd aan dat de neuropathe zuigeling een voorlijke indruk maakt, terwijl hij enkele jaren later in de praktijk van het dagelijks leven blijkt te kort te schieten en bv. ook niet het overwicht heeft op andere kinderen, zoals dat in de litteratuur wordt verondersteld.

In hoofdstuk III pag. 36 meldden wij, dat het symptoom „vooraan bij andere kinderen" niet tot het neuropathe beeld gerekend behoeft te worden en dat nogal eens het tegendeel voorkomt.

Een jong kind kàn ook zijn overwicht op anderen alleen op grond van een motorische voorsprong niet lang handhaven. In de schooljaren is deze pseudo-voorlijkheid dan ook meestal verdwenen.

Aan de hand van onze eigen observaties van 14 neuropathe en 14 controle-schoolkinderen, vermelden wij nog het volgende:

Drie van de 14 onderzochte neuropathen van 5—9 jaar, de nrs. 1, 10 en 35, zijn tweelinghelften. Bij alle drie was de andere tweelinghelft niet neuropaath, minder voorlijk, maar op den duur meer presterend. Hierdoor kreeg de neuropathe broeder het te kwaad met zijn zelfhandhaving en zijn jaloezieën.

Bij nr. 1, twee jongens, was de eerstgeborene een neuropaath (geen speciale moeilijkheden bij de partus), die al van den beginne af aan meer aandacht vroeg, veel levendiger was en meer voor in motorische ontwikkeling. Als jonge kleuter was hij ook nog meer bij de hand dan zijn broer. Toen wij hem zagen was hij 7 jaar oud en duidelijk verstrikt in rivaliteitsconflicten. Zowel op het gebied van de prestatie (school), als van de affectiviteit (verhouding tot de moeder) waren er de laatste jaren verschuivingen opgetreden ten gunste van de rustige broer, die hem weliswaar nog trouw bewonderde, maar voor wie de moeder, de schoolvrienden en ondanks alles, ook hijzelf meer en meer genegenheid en ontzag ging koesteren.

Bij de nrs. 10 en 35 waren de conflicten analoog, met dit verschil, dat in beide gevallen de neuropathe jongens een niet-neuropathe zuster als partner hadden, tegenover wie ze reeds veel eerder aan „voorlijkheid" verloren en aan lastigheid wonnen. De wederzijdse genegenheid was dan ook veel minder groot, de affectieve retardatie ernstiger.

Gaan wij bij deze 14 schoolkinderen na hoe zij zich wat betreft de nervositas verhouden t. o. v. hun controle-partner, dan blijkt het verschil wel enorm. Alle 14 waren nerveus, hoewel 5 in lichte mate, terwijl geen van de 14 controlekinderen dit waren. Er bleek geen correlatie te bestaan tussen de graad van nervositas als kleuter en de ernst der neuropathie als zuigeling. Een overzicht van de frequentie van nervositas bij 50 neuropathen en 50 controle-personen, verdeeld over 3 leeftijdsgroepen, is te vinden in onderstaande tabel:

De bij het onderzoek naar voren gekomen gevallen van Nervositas bij 50 neuropathen (verdeeld over 3 leeftijdsgroepen) en 50 controle-personen

Nervositas bij 14 onderzochte neuropathen van 5 tot 9 jaar 9 + 5 ±	Idem bij de 14 overeenkomstige controle-personen 14 —
Nervositas bij 19 onderzochte neuropathen van 13 tot 18 jaar 5 + 7 ± 7 —	Idem bij de 19 controle-personen 1 + 2 ± 16 —
Nervositas bij 17 onderzochte neuropathen van 19 tot 30 jaar 3 + 6 ± 8 —	Idem bij de 17 controle-personen 2 ± 15 —

Zoals al aangeduid, is de aanpassing aan de rivaal in het gezin bijzonder moeilijk voor de neuropaath. In het affectieve vlak vragen zij veel tegemoetkoming van de moeder, die niet altijd voldoende kan worden gegeven. De verhoudingen liggen hier zodanig, dat de eisen van het kind te groot zijn tegenover de, op zichzelf wel voldoende, tegemoetkoming van de moeder. Dit resulteert in een relatieve affectieve verwaarlozing, waarvan de effecten niet uitblijven. Het klein willen blijven en bescherming vragen in iedere nieuwe levenssituatie; het niet volledig opgewassen zijn tegen broer-, buur- en kleuterschoolvriend zijn er evenzovele uitingen van.

Toch is het reeds in de lagere schoolperiode, dat zij gaan inhalen op hun eigen retardatie. De conflicten worden minder en de schoolprestaties zijn weliswaar niet brillant, doch óók niet onvoldoende te noemen.

Uit de aard der zaak valt hier geen vast tijdschema voor op te stellen.

Samenvatting

Voor zover het mogelijk en geoorloofd is kunnen wij op grond van ons onderzoek van de kleuterperioden van 50 neuropathen en 50 controles de volgende *prognose voor de neuropathe kleuter* opstellen:

De kans op gedragsmoeilijkheden in kleutertijd is zeer groot. Zij hangen, althans voor een gedeelte, samen met de affectieve „honger" van het kind. Reacties uiten zich voornamelijk in moeilijkheden bij:

a. de Trotzphase;

b. bij de geboorte van een rivaal in het gezin + de latere aanpassing daaraan;

c. geen speciale moeilijkheden zijn te verwachten bij de zindelijkheidsdressuur.

Op grond van ons onderzoek van 14 neuropathe en 14 controle-schoolkinderen en ons na-onderzoek van 36 neuropathe „volwassenen" met hun controles, zouden wij de volgende *prognose voor het neuropathe schoolkind* kunnen opstellen:

I. Verschillende graden van nervositas zijn mogelijk. Deze graad is niet afhankelijk van de ernst der neuropathie op de zuigelingenleeftijd.

II. Als schoolkind is een betere aanpassing reeds te verwachten. De leerprestaties zijn doorgaans niet brillant doch ook niet onvoldoende te noemen.

De neuropaath in de puberteit

Wij onderzochten in dit verband 19 neuropathen tussen 13 en 18 jaar.

Naast de controle-pubers maakten de neuropathen al niet meer een andere c.q. pathologische indruk. Het was, althans mij, niet mogelijk om na het onderzoek van het kind, waarbij ik dus over de vroege jeugd nog niets te horen had gekregen, uit te maken of ik een neuropaath of een controle-proefpersoon voor mij had. Weliswaar blijken de neuropathen nog wel meer nerveus, maar niet meer zo overtuigend afwijkend tegenover hun controle-personen als dat in de kleuter- en schooltijd het geval was (zie tabel pag. 110 5 +, 7 ±, 7 — bij de patienten, tegenover 1 +, 2 ±, 16 — bij de contr.).

Om een antwoord te geven op de vraag, hoe de neuropaath in de puberteit is, is het nodig eerst weer in details af te dalen.

A. *Moeder–kind relatie:*

Ten tijde van het onderzoek blijken er heel wat meer markante positieve en negatieve bindingen te bestaan dan in de schooltijd. In 8 gevallen, waarvan 7 jongens, toonden zij een grote aanhankelijkheid t. o. v. de moeder. Bij 3 meisjes

waren er uitgesproken botsingen tussen moeder en dochter, waar bij 2 van hen een goede verhouding met de vader tegenover stond. Vijf jongens schoten slecht op met hun vader (in 2 gevallen gescheiden ouders, waar de vader weg was), terwijl één een vertrouwelijke band met hem had.

Al met al kreeg ik de indruk dat de herleving en afwikkeling der oedipale conflicten zich in fellere vormen afspeelden dan bij de controle-personen.

B. *Relatie met broers en zusters*

De meesten hadden nog grote moeite in de verhouding met broers en zusters. Negen van hen harrewarden intensief uit jaloezie om affectieve banden met de ouders. Jongens en meisjes gingen hierin gelijk op. Slechts 2 van de 19 wisten zonder ruzies met gezinsleden zich door de puberteit heen te slaan. Men kan van de veronderstelling uitgaan, dat deze laatste 2, een jongen en een meisje, beiden 16 jaar en uit een goed gezin, een ongewone prestatie leveren, gezien de moeilijke ontwikkelingsphase waarin zij verkeren. De neiging tot introversie in deze periode nodigt echter meer uit tot afstand nemen van gezinsleden, zij het met de nodige kritiek, dan tot openlijke oorlogen; bovendien blijken bij de controle-personen (pubers) de verhoudingen veel gunstiger, d. w. z. minder krijgszuchtig te liggen. Het ligt voor de hand, het geringere aanpassingsvermogen van de neuropaath t. o. v. zijn broers en zusters méér te zien als een regelrechte voortzetting van ditzelfde euvel uit de kleuter- en schoolperiode.

C. *Aanpassing aan binnenwereld*

In de aanpassing aan eigen binnenwereld blijken deze 19 neuropathen nog veel innerlijke spanningen te hebben. Deze spanningen uiten zich onder het beeld van nervositas. Vijf van hen waren uitgesproken en 7 van hen in lichte graad nerveus te noemen. Daarbij valt op, dat de jongeren deze spanningen meer uiten dan de ouderen, die tot betere

beheersing in staat zijn. De grens van jongeren tegenover ouderen ligt hier ongeveer bij 16 jaar.

D. *Aanpassing aan buitenwereld*

De aanpassing aan de buitenwereld, voorzover het prestaties en verhoudingen in het werk betreft, gaat de neuropathe puber al beter af (1 onvoldoende. 13 normaal, 5 goed).

De omgang met leeftijdgenoten, vrienden en vriendinnen levert nog wel moeilijkheden, vooral voor de jongere pubers. In 7 gevallen was het onvoldoende of zeer matig, in 11 normaal en in 1 geval goed te noemen, tegenover de controles met 2 onvoldoende, 15 normaal en 2 goede aanpassingsniveaus. Na het 16e schijnt ook hier verbetering in te treden.

Uit het bovenstaande hebben wij de neuropathe puber beter leren kennen door de belichting van enkele belangrijke aspecten. Het is echter ook mogelijk op een andere wijze een indruk te geven van de neuropathe puber. Bij een onderzoek van een groep als deze kan men zich nl. afvragen hoe het gesteld is met de meest en de minst aangepaste neuropathen. Deze methode heeft zijn beperkte waarde, doch als aanvulling kan zij van dienst zijn. Hier volgt het verslag van de minst aangepaste neuropathe puber:

No. 28, een meisje van 15 jaar, oudste van 3 kinderen. Was zeer welkom; ouders dachten eerst dat zij geen kinderen konden krijgen. Graviditeit en partus verliepen normaal. Als zuigeling wilde het kind niet aan de borst drinken. Ook de fles weigerde ze. Alleen op slappe thee spuugde ze niet. Ze toonde vrijwel het volledige syndroom van de zuigelingen-neuropathie. Met 3e jaar een zusje erbij tegenover wie bijzonder jaloers. Dit is nog zo. Trotzphase verliep met veel strubbelingen, ze was dwars en tegen de draad in. Zindelijkheidsdressuur had vóór dien al tot succes gevoerd; ze was vroeg zindelijk en bracht dit gemakkelijk op. Op de kleuterschool ging het beter. De onderwijzeressen waren erg op haar gesteld; ze was een vlug en bijdehand meisje. Omgang met de andere kinderen redelijk; baasde wel eens over ze, maar werd aan de andere kant ook wel daarin geaccepteerd. Thuis toonde ze weer de hele scala van (kleuter) neuropathische symptomen. Op de lagere school kon ze goed mee, ondanks vaak ziek

zijn. Kon redelijk overweg met andere kinderen, hoewel wel eens autoriteitsconflicten. Op 7-jarige leeftijd onderging ze tonsillectomie, waarna ze lange tijd zeer nerveus en bang bleef. Bij navraag blijkt ze nu op school een gemakkelijke leerling, maar verlegen, angstig en gesloten. Thuis viert ze haar spanningen uit in kibbelarijen met het zusje en botsingen met haar moeder. Voor het 5 jaar jongere broertje toont ze een moederlijke genegenheid. Thans in 3e klasse Ulo gedoubleerd, wat gezien haar intelligentie (IQ 109) niet nodig was. Band met de moeder niet goed, ze irriteren elkaar. Dit is altijd zo geweest. Met de manlijke leden van het gezin veel beter. De vader heeft geduld met haar. Was, toen ze nog een klein meisje was, dol op deze dochter. Huwelijk ouders redelijk goed. Het kind zit midden in de puberteit. Sexuele praeoccupatie, onevenwichtig; is nerveus. Szondi conflict vector = $C_{m-!}$ van de moeder Phy $-!$

De meest aangepaste neuropaath uit deze groep is no 41, een jongen van 16 jaar.

Oudste in een gezin van 3 jongens. Huwelijk ouders goed; hadden wel meer kinderen willen hebben. Gradiviteit en partus normaal. Borstvoeding 7 maanden, daarna gaan spugen. Nam de voeding goed, maar spuugde 't direct daarna weer uit. Werkte het met de tong naar buiten. Na overgang op vastere voeding ging het spugen over. In de kleutertijd erg bewegelijk en gauw gekwetst, maar toch al veel minder lastig. Zindelijkheidstraining voerde zonder moeite met ruim 2 jaar tot het gewenste resultaat. Met 6 jaar kreeg hij er een broertje bij, kort daarop weer één. Vanwege de heersende drukte werd hij veel uitbesteed bij de grootmoeder, die hem goed opving. Ook de moeder begreep, dat als hij thuiskwam, meer aandacht aan hem moest worden besteed. Hij heeft, mede dank zij deze affectieve steun beide broers geaccepteerd, al blijft hij ook nu nog wel de wat eenzame grote broer, omdat beide kleinere jongens veel met elkaar optrekken. Op school kon hij goed mee. Was links-handig, maar wist zich al betrekkelijk vlot aan te passen. In zijn contacten met andere kinderen is hij wat gereserveerd, doch wel in staat goede banden aan te knopen. Hij heeft één vaste vriend, die hij trouw blijft.

Na de lagere school ging hij ter Ambachtsschool, waar hij zich nu met veel ijver toelegt op het automonteurs-vak. De technische aanleg heeft hij van zijn vader en het vak gaat hem zo ter harte, dat hij zegt liever monteur te worden dan bv. eigenaar van een garage. Thuis is hij een prettige jongen, is voor rede vatbaar, heeft een goede verstandhouding met zijn moeder, tegenover wie hij zich nog wel aanhankelijk tonen kan. Ook met de vader kan hij goed overweg, beiden hebben dezelfde belangstelling. Hij zit, ook lichamelijk, midden

in zijn puberteit. Vertoont duidelijk sexuele praeoccupaties, is niet nerveus. Szondi conflictvector: $C_{h+!s+!}$ Moeder: geen conflictvector.

In deze groep kwamen twee zulke weinig aangepaste en drie zulke goed aangepaste neuropathen voor. Het geeft een indruk van het gehalte van de groep.

Samenvatting

Op grond van dit onderzoek van 19 neuropathen en hun controles zouden voor een *prognose van de neuropathe puber* de volgende punten van belang kunnen zijn:

1. De kans op een nerveus gedragspatroon is al minder dan in de schoolleeftijd.
2. Het inhalen op hun affectieve retardatie schijnt zich voornamelijk in de vroege puberteit af te spelen. Afhankelijkheid t. o. v. moeder of vader; spanningen en botsingen met leeftijdsgenoten worden vóór het 16e jaar uitgewoed. Afwikkeling van oedipale conflicten is wel zeer duidelijk in het gezin merkbaar. Aanpassingsmoeilijkheden liggen vooral tegenover broers en zusters. Deze moeilijkheden lijken voornamelijk een voortzetting te zijn van dezelfde soort conflicten, die de betreffende neuropaath ook als schoolkind had.
3. Tegenover de buitenwereld treedt betere aanpassing naar voren, vooral na het 16e jaar. In hun werk komen zij tot adaequate prestaties en hun verhouding met vrienden, vriendinnen en collega's heeft een normaal aspect.

De volwassen neuropaath

In het totaal werden 17 volwassen geworden neuropathen van 18—30 jaar onderzocht. Ook bij deze groep kon ik vaak tijdens het onderzoek niet uitmaken of ik een neuropaath voor mij had of een controle, hoewel hier de nerveuzen nog wat dichter gezaaid waren dan bij de controle-personen.

Voor de beoordeling van de volwassen neuropaath is het evenals bij de puber nodig in dezelfde details af te dalen:

A. *Moeder–kind relatie*

De moeder-kind verhouding ten tijde van het onderzoek toonde natuurlijk andere aspecten dan van de puberteitsgroep. In 3 gevallen bleek er nog een infantiele afhankelijkheid t. o. v. de moeder te bestaan; bij 3 jongens (tussen 18 en 20 jaar) waren er nog strubbelingen met de ouders, terwijl één zwakbegaafde gehuwde vrouw van 29 jaar min of meer gebrouilleerd was met haar ouderlijk huis.

B. *Relatie met broers en zusters*

De ruzies met broers en zusters bleken langzamerhand afgeëbd; in 5 gevallen, waarvan 3 tussen 18 en 20 jaar, waren de verhoudingen nog wat gespannen. Goede gevoelsbetrekkingen binnen het gezin vielen in 5 gevallen te constateren. Ook de 4 gehuwde neuropathen waarvan 3 reeds enige kinderen bezaten, hadden tot dusver een bevredigend eigen gezinsleven.

C. *Aanpassing aan binnenwereld*

Bezien wij van de 17 volwassen neuropathen hun aanpassing aan de binnenwereld, dan valt ook hier weer t. o. v. de jongere d. w. z. de puberteitsgroep een verschuiving in de goede richting vast te stellen. Dit neemt niet weg, dat de innerlijke gespannenheid, zich uitend in verschillende graden van nervositas, t. o. v. de controles nog wat groot is. Bij de patienten moesten 3 duidelijk en 6 licht nerveus genoemd worden tegenover 2 licht nerveuzen bij de controle-personen. Een verschil in verdeling tussen ouderen en jongeren in deze groep valt wat dat betreft niet te maken. Het lijkt dus wel, dat wanneer het meest stormachtige van de puberteit eenmaal achter de rug is, er ook wat de graad van nervositas betreft, een zekere stabiele toestand intreedt, d. w. z. de nerveuzen blijven nerveus en de evenwichtigen evenwichtig.

D. *Aanpassing aan buitenwereld*

In hun werk is de aanpassing en prestatie zeker bevredigend te achten, ook als men dit vergelijkt met hun controlepartners. Bij 8 van hen waren deze normaal, bij 7 zelfs goed en bij slechts 2 van hen waren deze zeer matig te noemen. Deze laatste twee hadden de handicap van een geringe intelligentie (IQ 84 en IQ 89), waar de omgeving m. i. onvoldoende van doordrongen leek.

De tendenz, die bij de puberteitsgroep naar voren kwam, om na ± het 16e jaar tot betere aanpassing aan collega's en vrienden te komen, lijkt zich hier voort te zetten. Over het algemeen is dit aspect bij de volwassen groep meer bevredigend te noemen (3 nog wat zwak, 10 normaal en 4 goed) en contrasteren de neuropathen eigenlijk niet meer tegenover de controle-personen (1 zwak, 15 normaal en 1 goed).

Ook uit deze groep volwassen neuropathen geven wij twee voorbeelden, die de beide uitersten, d. w. z. de minst en de meest aangepaste vertegenwoordigen:

De minst aangepaste volwassen neuropaath

No. 13., een jongen van 19 jaar, oudste van 5 kinderen. Huwelijk van de ouders goed. Het kind was welkom. Graviditeit en partus normaal. Borstvoeding 6 weken. In eerste maanden veel gespuugd en een onrustig, huilend kind. Als kleuter ging het beter. Vlug en gemakkelijk zindelijk. Met 3 jaar een broertje erbij. Nam dat uiterlijk wel, maar heeft steeds met deze broer overhoop gelegen. Ook nu nog. Op de kleuterschool was hij erg verlegen, had geen vriendjes en was erg op zichzelf. Ook op lagere school geen vriendjes. Toen hij 9 jaar oud was, moest hij 1½ jaar liggen wegens een lichte t.b.c. Was in die tijd niet extra lastig; werd in alles tegemoet gekomen. Nadien wel erg moeilijk. Brommerig, egocentrisch, moeilijkheden met broers, geen belangstelling voor kleine zusjes. Op de Ulo 1 × gedoubleerd, wat niet nodig was, gezien althans zijn IQ 115. Na 3 jaar eraf en naar U. T. S. gegaan. Zit nu in de eerste klas en kan het goed aan. Wil de electrotechnische kant opgaan, net als zijn vader. Hij is een eerzuchtige, wat norse jongen, die thuis met iedereen strubbelingen

maakt, maar in zijn werk veel presteert. Aanpassingsmoeilijkheden op school worden vermeden door zijn teruggetrokken houding. Alle ontspanning is ook een alleen bezig zijn (meccano e.d.). Geen vrienden. Zal het in de maatschappij waarschijnlijk ver brengen. Puberteit nog niet geheel doorworsteld. Szondi conflict vector $S_{h+!}$ Moeder geen conflictvector.

De meest aangepaste volwassen neuropaath

No. 29, een man van 26 jaar, oudste in een gezin van 5 jongens. Huwelijk ouders goed. Het kind was zeer welkom. Graviditeit en partus normaal. Borstvoeding 3 maanden. Was een onrustige en veel huilende zuigeling. Spuugde. Na ruim 1 jaar een broertje erbij. Is na die tijd weer gaan spugen. Zindelijk vóór het 2e jaar, dag en nacht. Trotzphase extra dwars en ongezeggelijk. Pas met de kleuterschool wat opgeknapt. Aanpassing aan andere kinderen goed. Met 5e jaar tweede broer erbij. Geen moeilijkheden; kon toen ook al goed overweg met zijn 1 jaar jongere broer. Dit is nog zo. Op lagere school aanpassing en prestaties goed (IQ 113). Was een drukke, vrolijke jongen. Veel vrienden. Thuis was het gezellig. Er werd veel muziek gemaakt, vooral gezongen. Met 14 jaar in een zuivelbedrijf gegaan. Daar tot zijn 26e jaar geweest, maar tenslotte weggegaan, omdat hij geen vooruitzichten meer had. Nu werkzaam in een drukkerij moet goede toekomstmogelijkheden. In vrije tijd studeert hij zang, volgens een conservatorium-opleidingsmethode. Zou reeds een goede tenor zijn. Wil eventueel hier zijn brood mee verdienen, anders als hobby en bijverdienste. Is verloofd sinds een jaar. Hij is een nerveuze, maar hartelijke en opgeruimde jongen. Heeft veel vrienden. Hoewel hij het verder brengt in de wereld dan zijn vader, is de verstandhouding met het ouderlijk huis, waar hij tenslotte nog woont, goed. Szondi: $S_{h+!}$ Moeder $S_{h+!s+!}$

Deze groep bevatte drie zulke slecht en drie zulke goed aangepaste neuropathen.

Samenvattend zien wij dat bij de volwassen geworden neuropaath alle aanpassingsstoornissen uit de vroege jeugd praktisch verdwenen zijn en dat zij zich op de belangrijkste terreinen des levens binnen de grenzen van het „normale" weten te handhaven.

Alleen het wat méér voorkomen van nervositas onder hen, zou nog iets van een eventuele „vroegere" neuropathie kunnen verraden.

ALGEMENE BESCHOUWING

Cijfers en tabellen, zoals in het voorgaande worden aangetroffen, mogen onmisbaar zijn als waardemeters bij een onderzoek, toch kunnen zij niet alles omvatten. Het is zelfs zeer wel mogelijk, dat een bijzonder essentieel gegeven niet in maat en getal kan worden uitgedrukt. Daarom zou ik, los van het voorgaande, enkele in mijn ogen zeer essentiële trekken van de neuropaath onder woorden willen brengen.

De neuropaath komt ter wereld met het beeld ener hyperreagibiliteit, die terug te voeren is op een labiel vegetatief zenuwstelsel. De vele ongewone prikkels uit de nieuwe buitenwereld kunnen niet worden verwerkt, waardoor zij onmogelijk tot die rust en harmonie kunnen komen, die de gezonde zuigeling na twee maanden gewoonlijk zich eigen kan maken. Dat zij hiervoor compensatie trachten te zoeken in het orale vlak, is begrijpelijk, evenals het te verstaan is, dat zij, door hun onvermogen om tot harmonie te komen, tot steeds meer orale eisen en dus tot overcompensatie komen.

Ondanks al dit streven, wat te waarderen is als een gezond mechanisme, blijft „het geluk op aarde" voor hen uit en resulteren deze componenten tenslotte in een houding van protest. Het spugen, de dyspepsiën, het huilen en de onrustige bewegelijkheid zijn behalve als symptomen van overgevoeligheid voor prikkels en als orale genoegdoeningen, evenzeer als tekenen van dit protest te beschouwen. Is de neuropaath met een minusvariant wat betreft het vegetatieve zenuwstelsel in het leven gezet, daarnaast zijn hem waarschijnlijk talenten geschonken, die hem in zijn moeilijke levensbegin kunnen helpen. Ik doel hier op de motorische

begaafdheid, die meer achtergrond krijgt, als we ons de inhoud realiseren van enkele mededelingen van Buytendijk (1957). Deze is van mening, dat in de aanvang de motorische ontwikkeling bij het jonge kind in wezen een geestelijke ontwikkeling is. Hierop voortbouwend mogen wij, als wij de neuropaath een zekere motorische begaafdheid toekennen, hem ook een potentiële geestelijke rijpheid toedichten.

Vervolgen wij zijn levensloop, dan zien wij dat in de Trotzphase, de periode van het verzet bij uitstek, deze protesthouding tegen het leven culmineert in een hevige, maar ook laatste uiting van verzet.

Met deze Trotzphase wordt de primitieve vorm van protest afgesloten. Nadien komen er zoveel meer mogelijkheden voor het jonge kind om met hulp van zijn directe omgeving zijn merkwaardige handicaps te overwinnen, dat langzaam maar zeker een meer positieve instelling tegenover het leven hieruit kan voortvloeien.

Zijn achterstand in de aanpassing, vooral in de affectieve sfeer, is aanzienlijk, maar met een zelfde taaiheid, die eerst zijn neen kenmerkte, wordt nu aan het ja gewerkt. De retardatie wordt langzaam maar zeker ingehaald, zodat bij het begin der puberteit alle grote achterstanden zijn verdwenen, wat op zichzelf een indrukwekkende prestatie is.

De puberteit, met zijn herhalingspatroon van de Trotzphase, doet de oedipale conflicten nog éénmaal in alle hevigheid herleven. Maar de levensinstelling is nu een totaal andere geworden en de neuropaath treedt uit deze phase dan ook niet met een „achterstand" naar onze begrippen, maar met een positieve instelling van dit leven wat te willen maken.

De aanpassing aan de buitenwereld ondergaat hier direct de gunstige invloed van; na het 16e jaar ongeveer wordt zijn prestatie in werk en werkverhoudingen veel beter en in sommige gevallen zelfs zeer behoorlijk. De aanpassing binnen het gezin, wat zo direct een afspiegeling is van de aanpassing aan het eigen-zelf, vraagt nog wat meer tijd te zijner regulatie, nl. tot in de adolescentie.

De volwassen geworden neuropaath tenslotte mag zich doorgaans scharen onder de vlag van de zg. normalen. Hiermede is niet gezegd, dat hij nu ook verdwijnt in het „grauw der massa". Hij blijft een mens die grote spanningen heeft doorgemaakt en heeft weten op te lossen. De waarde van zijn normale mens-zijn wordt erdoor verdiept.

Wat wij bij dit onderzoek zijn tegengekomen, zijn dus niet de „bijzonderen, de zeer begaafden", zoals door sommige pediaters werd verondersteld en wat wij misschien mogen zien als een projectie van hun gevoel, dat hier toch iets bijzonders aan de hand is, maar een groep normale mensen, die dit normaal-zijn met extra inspanning hebben moeten bereiken en daarom dus niet behoren tot de „doodgewonen".

In zoverre zou ik dus willen blijven zeggen dat de neuropaath in beginsel en op de duur een plus-variant is.

SUMMARY

of Part I and II

An analysis is given in the first chapter of Part I of the concept of diathesis as it has been handed down to us in the literature of the last century. As a better insight is attained into the etiology of the diseases, the number of diathesis to be distinguished appears to decrease.

Assuming the definition of diathesis as the tendency to respond to stimuli in a particular manner, one may include neuropathy in this classification. We have not attempted to determine whether this diathesis is congenital or acquired.

Our pediatric and psychiatric inquiry into the significance of the diagnosis: neuropathy and the prognosis thereof included:

a. An inquiry, for purposes of orientation, as to the frequency of neuropathy in a normal infant population.

b. An examination of 50 people previously diagnosed as neuropathic. The age distribution of these neuropaths was between 5—31 years. Of these, 14 were pre-school and primary school and 36 pubescent, adolescent or adult. They were compared with selected control persons.

c. A supplementary study of 54 allergic patients to determine the incidence of neuropathy among them.

The results of this study are as follows:

1. A syndrome can be discerned among infants in their first year of life which coincides with what has been described as neuropathy at this age. Although all these symptoms occur independently in other children, the

intensity and constellation of symptoms in one individual, distinguishes these children from others. We discovered 8 more or less clearly defined neuropaths in a group of 100 infants under one year of age registered with child welfare centres.

2. In the follow-up study of 50 neuropaths and 50 control persons it appeared that those neuropaths who had originally been only under treatment in their first year of life manifested more symptoms of neuropathy in their pre-school years than the control persons.
   The difference between neuropaths and their control persons at this age was clearly less accentuated than it had been among infants. A number of these "neuropaths" were indistinguishable from the control persons in the pre-school age group.

3. Among the neuropaths, a number of disturbing manifestations, for which medical help was invoked, occurred more frequently than among the controls. These include gastro-intestinal complaints such as anorexia, vomiting, abdominal pain as well as tics, pavor nocturnus and attacks of laryngospasm.
   Enuresis nocturna and febrile convulsions contrary to what one might have expected from the literature, occurred no more frequently than with the control persons.

4. In the pre-school and school-age the neuropaths were more maladjusted but the difference between both groups had already decreased in their school years and decreased even more with age.

5. A large number of neuropaths later developed the condition of "nervousness" (as defined bij Schultz and Carp). This would seem to suggest that both these states are identical. A closer investigation into this question seems desirable.

6. It is reported in the literature that neuropaths are exceptionally gifted. This opinion has not been confirmed by our investigation. Those neuropaths which we examined were not superior in intelligence to their control persons. Their achievements did not exceed those of other members of their families.

7. Adult neuropaths were very frequently orally and oral-sadistically fixated.

8. We found no characteristic somatic manifestations. There was no difference in the incidence of degenerative stigmata and congenital anomalies or of autonomic disturbances.
   Older neuropaths manifested more mild complaints, particularly of a gastro-intestinal nature. Some older neuropaths were physically in poorer condition due to constitutional and other factors.

9. Psychiatric disorders occurred more frequently in the families of neuropaths than in those of the control persons. Whether this difference was significant could not be established. No relationship could be demonstrated with arthritic and allergic diathesis or other psychosomatic disorders.

10. A connection between allergy and neuropathy is generally assumed in the literature. This was not substantiated by our follow-up study. A supplementary study of 54 allergic children indicated no higher incidence of neuropathy in infancy, than would be expected in a normal population. However a number of children who in their first year of life were not neuropaths, developed symptoms of neuropathy in the pre-school age.
    There is reason to assume that allergy in various ways can cause maladjustment. An examination for allergy is desirable in certain cases.

RÉSUMÉ

de Part I et II

Au chapitre premier nous donnons une analyse du concept diathèse tel que nous en informe la littérature du siècle passé. Le nombre des diathèses différentes semble diminuer au fur et à mesure que notre connaissance de l'étiologie des maladies s'approfondit.

Si nous définissons une diathèse comme une tendance à réagir d'une façon déterminée aux excitants, nous pouvons certes classer parmi elle la névropathie au sens strict.

Nous n'avons pas essayé de résoudre la question de savoir si cette diathèse est congénitale ou acquise.

Notre recherche pédiatrique et psychiatrique au sujet de la signification du diagnostic névropathie et de son pronostic comporta:

a. Un examen de base sur la fréquence de la névropathie chez une population normale de nourrissons.

b. Un examen contrôle de 50 personnes chez qui le diagnostic de névropathie avait été posé précédemment. Lors de cet examen contrôle les névropathes avaient de 5 à 31 ans; 14 d'entre eux avaient moins de 12 ans. Les 36 autres étaient pubères, adolescents ou adultes. Ils ont été comparés à des personnes contrôles choisies pour chacun d'eux comme semblable quant aux autres facteurs.

c. Une recherche complémentaire chez 54 enfants allergiques. Nous avons recherché combien de névropathes se trouvaient parmi eux.

Les résultats de cette recherche sont les suivants:

1. Au stade de nourrisson on peut reconnaître chez un certain nombre d'enfants une image correspondant à celle décrite comme étant une névropathie à cet âge. Certes ces mêmes symptômes se retrouvent aussi chez d'autres enfants mais c'est leur intensité et leur présence simultanée chez un individu qui le distingue des autres.
   Sur 100 nourrissons d'un bureau de consultation nous avons trouvé 8 cas de névropathie plus ou moins nette.

2. Lors de l'examen contrôle des 50 névropathes et 50 personnes contrôles il apparait que même ceux qui avaient été à l'origine uniquement traités comme nourrissons, présentaient aussi à l'âge pré-scolaire plus de symptômes de névropathie que les contrôles.
   Mais, en ce qui concerne ces symptômes, la différence entre névropathes et contrôles était nettement moindre à l'âge pré-scolaire qu'au cours de la première année d'existence. Un certain nombre de névropathes ne se distinguait même plus des contrôles à l'âge pré-scolaire.

3. Un certain nombre de symptômes nécessitant souvent le recours d'un médicin, étaient plus fréquents chez les névropathes que chez les contrôles.
   Parmi ces symptômes se rencontrent en premier lieu les troubles du système digestif tels anorexie, les vomissements, les maux de ventre, et ensuite les tics, les terreurs nocturnes et les crises de laryngospasme.
   Contrairement à ce que nous avions prévu en nous basant sur les données de la littérature l'énurésie nocturne et les convulsions fébriles n'étaient pas plus fréquentes que chez les contrôles.

4. Les névropathes présentaient plus de difficultés d'adaptation que les contrôles à l'âge pré-scolaire et scolaire.

Cette différence entre les deux groupes était moins importante à l'âge scolaire qu'au cours des premières années et diminuait encore dans la suite.

5. Dans un grand nombre de cas la névropathie se transforme dans la suite en nervosité. Ceci nous suggère une identité de ces deux syndrômes.

6. Dans la littérature on trouve l'opinion que les névropathes sont particulièrement doués. Ceci n'a pu être confirmé par notre recherche.
   Ceux que nous avons examinés n'avaient pas, pour la plupart, un quotient intellectuel plus élevé que celui des contrôles. Leurs performances ne dépassaient pas le niveau des membres de leur famille.

7. Chez les névropathes adultes on rencontra très fréquemment des fixations aux phases orales et orales-sadistes.

8. L'on ne trouva pas de symptomatologie somatique particulière. Les stigmates dégénératifs et les troubles congénitaux ou végétatifs n'étaient pas plus fréquents.
   De légères plaintes, surtout du système digestif, étaient plus fréquentes chez les névropathes plus âgés. Quelques uns d'entre eux, par une combinaison de facteurs constitutionnels et autres présentaient un état somatique moins bon.

9. Les familles des névropathes présentaient plus de troubles psychiatriques que celles des contrôles. Nous n'avons pas pu établir si cette différence est significative. Nous n'avons pas pu démontrer qu'une corrélation existait avec la diathèse anthritique, allergique ou d'autres troubles psychosomatiques.

10. Dans la littérature on admet en général un rapport névropathie-allergie. Nous n'en avons pas trouvé dans notre recherche. Une recherche complémentaire chez 54 enfants allergiques ne démontra chez eux pas plus de névropathie à l'âge de nourrisson que dans la popu-

lation normale, mais quelques enfants qui, nourrisson, n'étaient pas névropathe présentaient à l'âge pré-scolaire de symptômes de névropathie.

On a raison d'admettre que l'allergie peut, de différentes façons, provoquer des troubles d'adaptation. Dans certains cas il est souhaitable de rechercher l'allergie.

ZUSAMMENFASSUNG

von Teil I und II

Im ersten Teil des ersten Kapitels wird der Begriff „Diathese", wie er uns in der Literatur des letzten Jahrhunderts begegnet ist, aus einander gesetzt. Dabei stellt sich heraus, dass die Zahl der unterschiedlichen Diathesen mit der zunehmend besseren Einsicht in die Krankheitsursachen abgenommen hat. Wenn man den Begriff Diathese als die Neigung, um in einer bestimmten Weise auf Reize zu reagieren, definiert, dann ist es sicherlich gestattet, auch die Neuropathie zu den Diathesen zu zählen. Wir haben die Frage, ob diese Diathese angeboren oder erworben ist, nicht zu beantworten versucht.

Die von uns durchgeführte paediatrische und psychiatrische Untersuchung über die Bedeutung der Diagnose Neuropathie und deren Prognose umfasst:

a. Eine orientierende Untersuchung über die Häufigkeit des Vorkommens von Neuropathie-bildern unter einer normalen Säuglingsbevölkerung.

b. Eine Nachuntersuchung von 50 Personen, bei denen früher die Diagnose Neuropathie gestellt worden ist.

c. Eine ergänzende Untersuchung von 54 allergischen Kindern, mit dem Ziel, darunter die Anzahl Neuropathen festzustellen.

Die Resultate der Untersuchungen sind folgende:

1. Es ist möglich für das Säuglingsalter einer gewissen Anzahl der Kinder ein Bild abzugrenzen, das der Beschreibung der Neuropathie dieser Altersstufe entspricht.

Zwar werden auch bei andern Kindern alle Symptomen gefunden; deren Intensität und kombiniertes Vorkommen bei einem Individuum ermöglicht jedoch eine Unterscheidung zwischen neuropathischen und andern Kindern. Unter 100 Säuglingen einer Säuglingsfürsorgestelle wurden 8 mehr oder weniger ausgesprochene Neuropathen gefunden.

2. Bei unserer Nachuntersuchung von 50 Neuropathen und 50 Kontrollpersonen stellte sich heraus, dass die Neuropathen, die ursprünglich im Säuglingsalter unter Behandlung gekommen waren, auch im Kleinkindesalter deutlich mehr Symptome der Neuropathie gezeigt haben als die Kontrollpersonen. Der Unterschied zwischen Neuropathen und Kontrollpersonen war jedoch im Kleinkindesalter wesentlich kleiner als im ersten Lebensjahr. Eine ganze Anzahl der Neuropathen unterscheidete sich schon im Kleinkindesalter nicht von andern Kindern.

3. Einige Symptome, um welcher Willen ärtzliche Hilfe eingeholt wird, werden bei den Neuropathen häufiger angetroffen als bei den Kontrollpersonen. Es gehören hierher in erster Linie Symptome von Seiten des Tractus digestivus, zum Beispiel Anorexie, Erbrechen und Bauchbeschwerden; weiter Tics, Pavor nocturnus und Anfälle von Laryngospasmus. Im Gegensatz zu unserer, auf Grund des Literaturstudium gehegten Erwartung kamen Enuresis nocturna und fieberhafte Konvulsionen bei den Neuropathen nicht häufiger vor als bei den Kontrollkindern.

5. In der Mehrzahl der Fälle entwickelte sich aus der Neuropathie das Bild der Nervositas (im Sinne von Schultz und Carp). Daraus könnte sich, die Annahme einer Identität der beiden Bilder aufdrängen. Eine weitere Untersuchung zur Klärung dieses Zusammenhanges wäre erwünscht.

4. Im Kleinkindesalter und im Schulalter zeigten die Neuropathen mehr Anpassungsstörungen als die Kontrollkindern. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist aber schon im Schulalter kleiner als vorhin und nimmt später noch mehr ab.

6. In der Literatur findet man die Meinung vertreten, dass die Neuropathie mit einer besonderen Begabung verbunden sei. Dies wird durch unsere Untersuchung nicht bestätigt. Der Intelligenzquotient und die Leistung des Neuropathen liegen nämlich durchschnittlich nicht höher als bei den Kontrollpersonen.

7. Bei den Erwachsenen unter unseren Neuropathen kommt häufig eine Fixierung an die orale und oral-sadistische Phase des Trieblebens vor.

8. Irgendwie kennzeignende somatische Befunde sind nicht zu erheben. Es wird auch kein Unterschied im Vorkommen degenerativer Stigmata, kongenitaler Missbildungen oder vegetativer Störungen gefunden. Bei den älteren Neuropathen kamen nur leichte Beschwerden vor, hauptsächlich von Seiten des Tractus digestivus. Einige dieser älteren Neuropathen sind, zufolge konstitutioneller oder anderer Faktoren körperlich im weniger guten Zustand als unsere Kontrollpersonen.

9. Bei den Familiengliedern der Neuropathen kommen psychische Störungen etwas häufiger als bei denen der Kontrollgruppe vor. Es konnte nicht entschieden werden, ob dieser Unterschied signifikant ist. Eine Beziehung zur arthritischen Diathese, allergischen Diathese oder anderen psychosomatischen Krankheiten konnten wir nicht feststellen.

10. Ein Zusammenhang zwischen Neuropathie und Allergie wird in der Literatur allgemein angenommen. Bei unserer Nachuntersuchung der Neuropathen konnten wir einen solchen nicht feststellen. Eine ergänzende Unter-

suchung an 54 allergischen Kindern erbringt eine unsere für die Normalbevölkerung geltende Erwartung nicht übersteigende Anzahl Neuropathen im Säuglingsalter. Bei einer Anzahl Kindern, die als Säugling keine Neuropathen sind, entwickelt sich im Kleinkindesalter ein neuropathisches Syndrom.

Es besteht Grund zur Annahme, dass die Allergie Störungen in der psychischen Anpassung verursachen kann, weshalb eine diesbezügliche Untersuchung in manchen Fällen angezeigt erscheint.

LITTERATUUR

ABRAHAM, K. (1949). Selected Papers. Chapter XXIV. — The Hogarth Press, Ltd., London.

ASPERGER, H. (1952). Heilpädagogik. — Springer Verlag, Wien.

BENJAMIN, C. (1938). Psychopathologie des Kindesalters, Hptst.: Die Entwicklung des schwierigen Kindes. — Rotapfel Verlag, Erlenbach.

BINET, A. (1903). L'étude expérimentale de l'intelligence. — Paris.

BRIDGES, J. W. and COLER, L. F. (1917). The relation of intelligence to social status. — Psychological Review. XXIV.

BÜHLER, CH. und HETZER, H. (1953). Kleinkindertests. — J. A. Barth, München.

BUYTENDIJK, F. J. J. (1957). Das Menschliche der menschlichen Bewegung. — Der Nervenarzt, Heft I, pag. 28.

CHORUS, A. M. J. (1948). Kwalitatief Intelligentieonderzoek. — Univ. Pers, Leiden.

CZERNY, AD. und KELLER, A. (1928). Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie IIe Band. — Franz Deuticke, Leipzig und Wien.

CARP, E. A. D. E. (1947). De Neurosen. Hoofdst. Nervositas. — Scheltema en Holkema, Amsterdam.

CARP, E. A. D. E. (1947). Medische Psychologie en Pathopsychologie. — Scheltema en Holkema, Amsterdam.

DOELEMAN, F. (1956). Asthma bronchiale bij schoolkinderen. — Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde, no. 34, blz. 93.

FEER, E. (1921). Diagnostik der Kinderkrankheiten. — Julius Springer, Berlin.

FENICHEL, O. (1955). The Psychoanalytic Theory of Neurosis. — Routledge and Kegan Paul, Ltd., London.

FREUD, S. (1920). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Gesammelte Schrifte Heft V. — Int. Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Wien.

GORTER, E. (1948). Kindergeneeskunde, deel I. — Stenfert Kroeze, Leiden.

GREULICH, W. W., PYLES, S. J. (1950). Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. — Stanford, California.

GUNNARSON, S. (1946). Some types of nervous disorders in children and their prognosis. — Acta paed. Scand. 33, suppl. 4.

HALLGREN, B. (1956). Enuresis. — Acta Psychiat. et Neurol. Scand. XXXI.

HALVERSON, H. M. (1938). Infant sucking and tensional behavior. — J. of Genetic Psychology, 53, pag. 365.

HAMBURGER, F. (1939). Die Neurosen des Kindesalters. — Enke, Stuttgart.

HOMBURGER, A. (1926). Psychopathologie des Kindesalters. — Julius Springer, Berlin.

LANGE, C. DE (1924). Psychische factoren bij de zuigelingenvoeding. — N. Maandsch. v. G. jaarg. 4, blz. 379.

LANGE, C. DE (1946). Zieke kinderen, deel II. — Scheltema en Holkema, Amsterdam.

LANGE, C. DE (1946). Zieke kinderen, deel II. — Scheltema en Holkema, Amsterdam.

LENNOX, M. (1949). Febrile convulsions in childhood. — Am. Journ. Dis. of ch. 78, blz. 868.

MAHLER, M. S. (1944). Tics and Impulsions in children; A study of Motility. — Psa. Quar. XIII.

MARQUIS, D. P. (1941). Learning in the neonate: the modification of behavior under three feeding schedules. — J. Exp. Psychol. 29, 263—281.

MARQUIS, D. P. (1943). A study of frustration in newborn infants. — J. Exp. Psychol. 32, 95—139.

MIDDLEMORE, M. P. (1941). The nursing couple. — Hamisch Hamilton, Medical Books, London.

PLANTINGA, B. P. B. (1950). De voeding van de zuigeling op constitutionele basis. — A. A. M. Stols, den Haag.

RADO, S. (1943). The Psychical Effects of Intoxication. — Psan. Rev. XVIII, 69—84.

RÜMKE, H. C. (1954). Psychiatrie deel I. — Scheltema en Holkema, Amsterdam.

SCHULTZ, J. H. (1928). Handbuch der Geisteskrankheiten. Herausgegeben von Ew. Bumke, Band V, spezieller Teil I: Die psychopathischen Anlagen. — Julius Springer Verlag, Berlin.

SCHULTZ, J. H. (1928). Handbuch der Geisteskrankheiten. Herausgegeben von Ew. Bumke. Band V, spezieller Teil I: Die Konstitutionelle Nervositas. — Julius Springer Verlag, Berlin.

SELLING, L. S. and FERRARO, M. A. (1945). The Psychology of Diet and Nutrition. — Norton, New York.

SHELDON, W. H. (1940). The varieties of the human physique. — Harper, New York.

STERN, W. (1921). Psychologie der frühen Kindheit. — von Quelle und Meyer, Leipzig.

TERMAN, L. and MERRILL, M. (1948). Measuring Intelligence. — George G. Harrop Ltd. London.

WECHSLER, D. (1944). The Measurement of Adult Intelligence. — The Williams and Wilkins Co., Baltimore.

WUNDERLICHT, CHR. (1955). Zur Frage cerebraler Schäden infolge Atrophie im Säuglingsalter. — Ann. Paed. 185, blz. 193.